Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher

Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher

Fabíola Rohden

2ª edição revista e ampliada

Copyright© 2001 da autora
Todos os direitos desta edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz / Editora

ISBN: 85-7541-001-6

1ª edição: 2001
2ª edição: 2009

Projeto Gráfico
Angélica Mello

Editoração Eletrônica
Angélica Mello e Guilherme Ashton
Daniel Pose (2ª edição)

Capa
Danowski Design

Ilustração da Capa:
A partir de desenho de Hans Arp, originalmente da coleção de Tristan Tzara, 1917.

Supervisão Editorial
M. Cecilia G. B. Moreira

Revisão e Copidesque
Irene Ernest Dias e Ana Tereza de Andrade
Marcionílio Cavalcanti de Paiva (2ª edição)

Normalização de referências (2ª edição)
Clarissa Bravo

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

R737u Rohden, Fabíola
Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
224p. (Coleção Antropologia & Saúde)

1.História da medicina do século XIX. 2.Ocupações em saúde. 3.Sexo. 4.Mulheres.

CDD - 20.ed. – 601.9

2009
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9007 / 3882-9039 - Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br/editora

Sumário

A Emerson e, agora, para Júlia

Prefácio

Um dos mais ricos filões da antropologia contemporânea é o da compreensão dos meandros pelos quais a Diferença voltou a ser tematizada e legitimada em nossa cultura ocidental moderna, apesar do compromisso originário desta com a ideologia da Igualdade.

Fabíola Rohden elaborou uma fascinante reconstrução de um dos melhores exemplos desse processo: a criação da moderna medicina da mulher ou ginecologia. É o que ela nos apresenta neste livro, produto de uma tese de doutorado em antropologia social. Seu trabalho se sustenta em pesquisa bibliográfica e arquivística original, demonstrando mais uma vez o potencial desse tipo de material para a pesquisa antropológica.

Como se pode ver, o que caracteriza este tipo de pesquisa, primordialmente, é o privilégio à compreensão dos processos de significação, de produção do sentido cultural da experiência social – iluminada pela consciência das propriedades do próprio continente de sentido em que se assenta o intérprete-observador, da calibragem das lupas culturais de que se serve. Examinar momentos pretéritos de nossa própria tradição histórica, como a medicina do século XIX, é uma tarefa tão exigente de estranhamento e empatia quanto captar o sentido da vida em uma distante sociedade tribal. Sob certo ângulo, até mesmo mais difícil; dada a prevalecente e ilusória sensação de continuidade em que nos banhamos dentro de cada uma de todas as culturas. O desafio enfrentado pela autora, ao esmiuçar os mecanismos de construção dessa ciência da diferença, dá corpo assim à ambição básica da antropologia: a de fazer avançar o conhecimento universal sobre o humano pela especificação da singularidade de cada nódulo de significação cultural. É um outro tipo de 'ciência da diferença' – o que revela toda a ironia de seu título.

O estado atual da modernidade ocidental é fruto, em boa parte, do valor atribuído aos chamados saberes científicos – e, supostamente entre eles, os que habilitam a nossa medicina oficial ou erudita (ou biomedicina). Se o prestígio de um modo de relação com o mundo de tipo científico está presente desde os primeiros sinais da modernidade, a construção da legitimidade da biomedicina teve de ser cuidadosamente construída, sobre os escombros dos saberes da velha tradição médico-filosófica (remontável a Hipócrates) e de uma panóplia de técnicas empíricas pouco a pouco desqualificadas. A própria 'cientificidade' desse continente de intervenção sobre o humano não se afirmou senão muito paulatinamente, mais por força da vontade investida em seus agentes e instituições pela ideologia geral de nossa cultura do que pela univocidade ou 'ineqüivocidade' de seus princípios, ditames e estratégias. Talvez mesmo por isso, a biomedicina é a área dos saberes ocidentais mais infensa a uma consciên-

cia histórica. Não faltam – é certo – as histórias da medicina e de suas subdivisões. Falta, porém, a essas o sentido de uma verdadeira historicidade: na maior parte dos casos, busca-se apenas no passado as prefigurações imperfeitas do saber contemporâneo, afinando o elogio da plenitude presente.

Uma das dimensões mais notáveis da história crítica dos saberes biomédicos é sua intrínseca articulação com as linhas mestras do movimento ideológico de nossa cultura. Sua intenção universalista se alia, assim, certamente ao horizonte igualitário progressivamente afirmado por volta do século XVIII. Propiciar a 'saúde' para todos os membros da recém inventada 'humanidade', por meio de um crescente conhecimento do funcionamento do corpo humano (e quiçá de suas 'funções superiores') é um projeto inseparável da afirmação do mundo público moderno, sustentado pela constituição de nações compostas por cidadãos conscientes e livres.

Como em todos os outros níveis de organização da modernidade, também a biomedicina vai aos poucos – e desde muito cedo – tendo que lidar com a reinstauração da Diferença. Seus saberes auxiliares ou particulares, a anatomia comparada, a biologia, a antropologia física, a psiquiatria, vão fornecendo os argumentos necessários à transposição para o mundo da 'corporalidade' de demarcações morais justificatórias de novas hierarquizações dos seres humanos. Esse processo – tão bem analisado por Fabíola Rohden – se consolida com particular clareza na ginecologia nascente. Trata-se de um de seus capítulos mais fascinantes, por tematizar o principal eixo da Diferença Reinstaurada: a oposição entre os gêneros (ou entre os 'sexos', como se dizia antes).

Com efeito, ao longo do século XIX, a Diferença se afirmou entre os 'povos' civilizados e os selvagens; entre as 'classes perigosas' e os bons cidadãos; entre os 'loucos', 'criminosos' e 'crianças' e os 'adultos normais'. E também, por certo, entre o 'gênio criador' e o homem comum – fonte da idéia de uma 'aristocracia do espírito'. Criou-se o 'homossexual', para dar conta de supostas diferenças do 'instinto sexual'. Inventou-se um novo conceito de 'raça', sediado na corporalidade e também portador de qualidades morais, boas ou ruins.

A construção mais complicada, porém, foi a do novo estatuto da oposição entre homem e mulher, cuja história bem se vê retraçada neste livro. Ela envolvia um fenômeno particularmente estratégico da modernidade: a definição de seu novo modelo de 'família' – a tal 'célula mater' da sociedade. A partir do século XVIII, como já nos mostrou Foucault, tornou-se necessário em nossas sociedades passar a produzir 'indivíduos' e não apenas 'pessoas'. Esses novos personagens deviam se distinguir dos membros das sociedades passadas por seus atributos de liberdade e igualdade, consubstanciados no claro exercício de uma consciência desembaraçada de qualquer heteronomia. Para essa desafiante tarefa, não havia como não passar pelo formato regular da descendência de um homem e uma mulher, agora eles próprios individualizados pelo 'amor romântico', associados por um pacto conjugal. Era a nossa 'família mínima' moderna. Mas o funcionamento do pacto conjugal não se veio a adequar de forma alguma ao modelo do contrato social. Seus livre-contratantes entravam em uma relação expressamente hierárquica, como especificava a própria legislação civil moderna – tão empenhada na maioria de seus capítulos em fazer afirmar a cidadania equalizante.

A ideologia da *patria potestas*, citada do direito romano, sancionava diversas implicações delicadas desse arranjo paradoxal: uma instituição hierárquica (tanto na direção do gênero quanto da classe de idade) encarregada de produzir os agentes da nova liberdade/igualdade. Esse foi provavelmente um dos aspectos mais estruturais do contexto geral de afirmação biomédica da diferença entre os gêneros – delicado processo em que o elemento privilegiado de elaboração consciente sempre foi a 'mulher'.

Uma das mais claras lições de *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher* é a demonstração do caráter 'construído' de cada um dos nódulos ideológicos e institucionais de que se tece. E construído não apenas como propriedade da leitura crítica do antropólogo, mas também como propriedade da trama ideológica mesma. A preocupação com a defesa da 'naturalidade' do feminino revelava a importância de sua desimpedida vitória contra toda sorte de vicissitudes. Na verdade, essa qualidade esteve e continua presente em toda a trajetória complexa e inquieta dos ideais da 'natureza humana' ocidental moderna, dilacerada entre a atribuição pensada como originária de sua corporalidade (com seus compromissos hereditários, ou genéticos – como se quer agora) e a aquisição de seu estatuto pleno, *twice-born*, *self-made*. A maior especificidade da 'aquisição' da condição feminina dos ginecologistas originais é provavelmente a de sua condição passiva, assujeitada a uma concertação minuciosa entre a medicina e os controles públicos e familiares.

Nossa época continua a enfrentar os desafios estruturais dessa tradição. O ideal da igualdade continua a desafiar os modos de articulação entre os gêneros; os saberes biomédicos continuam a prover racionalizações fisicalistas para as mais variadas chaves de diferenciação moral. Mas também – felizmente – continuamos a acreditar que podemos iluminar sempre um pouco mais os desvãos dos processos que nos precederam e que sempre nos envolvem, como meio de garantir a continuidade da crença em nossos melhores ideais. Leiam assim o livro com a mesma garra com que Fabíola o escreveu. Ele esclarece.

Luiz Fernando Dias Duarte
Doutor em antropologia, professor do Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social do Museu Nacional/UFRJ

Apresentação

Dá a natureza dois momentos divinos à vida da mulher: o momento da boneca – preparatório –, e o momento dos filhos – definitivo. Depois disso, está extinta a mulher.
Monteiro Lobato*,* Negrinha*,* 1920

Este livro parte de uma inquietação a respeito da obsessão com a definição das diferenças entre homens e mulheres. Em pleno século XXI assistimos a uma proliferação surpreendente de discursos que reafirmam essas supostas diferenças. Seja em matérias na grande mídia, seja em publicações científicas, parece haver uma necessidade premente de demonstrar e comprovar como teríamos marcos naturais intransponíveis que assegurariam uma distinção radical entre os gêneros, traduzida em termos de características vinculadas ao sexo biológico. O idioma utilizado varia, passando da anatomia mais geral a elementos cada vez mais precisos como hormônios, neurônios ou genes. Mas, em comum, temos a permanência de uma busca pela substancialização da diferença que cada vez mais vai se aprimorando. Esse fenômeno, mais do que ilustrar os progressos da ciência, reflete a determinação das contingências políticas e culturais na configuração dos focos centrais de interesse de nossa sociedade que têm origem na construção do dualismo entre natureza e cultura.

A diferença percebida entre homens e mulheres faz parte do conjunto de temas centrais a partir do qual cada sociedade se pensa a si mesma e propõe suas formas de organização social. Assim como o parentesco, por exemplo, as relações entre os gêneros constituem um nódulo fundamental em torno do qual se articula uma série de preceitos indispensáveis para a vida em sociedade. As concepções a respeito dessa diferença variam enormemente entre cada sociedade e também com o passar do tempo. E, evidentemente, estão intimamente relacionadas com muitos outros fatores que imprimem as marcas características de cada forma de organização social. Estas concepções, ao mesmo tempo em que são determinadas por esses outros fatores, também interferem neles, influenciando nos possíveis caminhos a serem seguidos.

Este trabalho analisa a construção de uma determinada concepção de diferença entre os sexos e os gêneros que se produz no contexto das significativas transformações socioeconômicas que caracterizaram o século XIX. Fenômenos como a industrialização, a crescente urbanização, os grandes empreendimentos científicos e tecnológicos, a entrada mais efetiva da mulher no mercado de trabalho, o surgimento de movimentos

de reivindicação de direitos (calcados nos ideais de igualdade e liberdade herdados da Revolução Francesa) que singularizaram a época, implicaram, como não poderia deixar de ser, na criação de novas possibilidades de relação entre homens e mulheres. Sobretudo a propagação de um ideário feminista, baseado no direito à educação e ao trabalho, requeria mudanças nas concepções a respeito das relações de gênero vigentes. A rígida diferenciação de características e papéis sociais tradicionalmente atribuídos a cada sexo já não dava conta de traduzir as novas atitudes e comportamentos concretos. É claro que sempre houve variações no que se refere às concepções de gênero tradicionais na sociedade ocidental. Por exemplo, embora mais restritas ao mundo doméstico, do lar e da família, as mulheres sempre estiveram presentes também no mundo público. Da mesma forma, os homens que predominantemente exerceram atividades no mundo público também sempre estiveram presentes no mundo privado. Na verdade, é muito difícil separarmos essas duas esferas de interação social. Mas, o que acontece de forma mais significativa a partir do século XIX é que se geram condições mais favoráveis para a implosão dessa divisão sexual de trabalho particular.

Esse processo, por demais complexo para ser possível resumi-lo aqui, deu origem a novas tentativas de entendimento e ordenação dos acontecimentos e reivindicações, tão significativos para a época. Uma delas pode ser reconhecida na medicina. Analisando os escritos médicos do período, pode-se perceber que há um enorme esforço por parte dos médicos em propor uma clara distinção entre os sexos e também com relação às funções e características socialmente atribuídas a cada um deles. Os artigos, livros e teses de medicina nos dão a impressão de que os médicos percebiam como absolutamente necessário tratar da questão da diferença entre homens e mulheres, esclarecendo as razões de sua existência e mesmo prescrevendo o que seria condizente com as qualidades intrínsecas ao sexo masculino e ao sexo feminino. No contexto das mudanças que eram entendidas como uma forte ameaça à forma de relações entre os gêneros em curso naquele momento, redefinir ou mesmo reafirmar as bases da diferença parecia fundamental.

É nesse sentido que a medicina e, em particular, as especialidades dedicadas à mulher e à reprodução, como é o caso da ginecologia, se converte em uma verdadeira 'ciência da diferença'. O argumento central, que perpassa boa parte dos trabalhos da época e também justifica as intervenções concretas, diz respeito a uma distinção natural, de caráter biológico e pré-determinado entre os sexos. Homens e mulheres seriam naturalmente distintos nas suas características físicas e também nas suas características morais ou psicológicas. Além disso, as qualidades atribuídas a cada um e as suas funções sociais são descritas com o mesmo grau de determinismo que suas funções fisiológicas. O gênero parecia irremediavelmente colado ao sexo a partir de uma única e invariável direção.

Contudo, justamente o mais intrigante é que, apesar de natural, biológica e pré-determinada, a diferença mostrava-se também instável e passível de ameaças. Intervenções originadas no mundo da cultura, como a educação e o trabalho, poderiam alterar e mesmo 'perverter' a diferença tida como natural. Ao se deter com cuidado nos textos médicos percebe-se que ser natural não significava necessariamente ser definitivo ou

estar garantido *a priori*. É exatamente em virtude dessa tensão que os médicos vão se preocupar tanto em 'proteger' o processo de concretização da diferença. Como legítimos tradutores dos desígnios naturais, esses homens de ciência vão se esmerar em tentar garantir que nada prejudique o rumo 'natural' dos acontecimentos, que teria como resultado final a geração de uma mulher bem preparada para assumir o papel de mãe e esposa e de um homem capaz de ser um provedor competente. É esta concepção, de um destino dado pelo sexo que é 'natural' e sem escapatória, mas ao mesmo tempo profundamente 'preparado', que está tão sucintamente ilustrada na epígrafe. Nela, Monteiro Lobato define a vida da mulher exclusivamente a partir do preparo, realização e extinção da função reprodutiva, tarefa valiosa, ou mesmo 'divina', que exige um aprendizado sabiamente providenciado pela própria natureza.

Quando esta investigação foi iniciada tinha-se como objetivo estudar a lógica de determinados valores e comportamentos relativos ao gênero e à sexualidade na sociedade contemporânea. O ponto de partida, portanto, era esta própria sociedade. Aliás, torna-se desnecessário dizer que é impossível que seja de outra forma. Tendo a perspectiva antropológica como orientação, o caminho mais coerente e eficaz parecia ser o distanciamento e a adoção de um ponto de vista comparativo. Tinham-se então duas possibilidades: um recuo espacial por meio do estudo de outra sociedade ou um recuo temporal, estudando nossa própria sociedade em outros tempos. Evidentemente, apesar de algumas afirmações em contrário, essas duas possibilidades de projetos de conhecimento são radicalmente distintas e com implicações diferenciadas. No primeiro caso, a perspectiva de comparação é sincrônica; pode-se tentar identificar certos princípios, traços ou padrões que, por meio do contraste, permitem suspender o entendimento mais corriqueiro que fazemos de nossos comportamentos e chegar a novas interpretações, que não seriam possíveis de outra forma. No segundo caso, a comparação 'nós/eles' se estabelece diacronicamente, pautada pela busca da gênese de determinados fenômenos, pelas rupturas e continuidades. Mesmo que se queira em um caso ou no outro misturar as perspectivas, é óbvio que não há, por exemplo, como estabelecer traços de ruptura e continuidade histórica no primeiro ou fugir do fato de que há certo tipo de continuidade no segundo. Embora, talvez seja preciso lembrar, que não basta que algo tenha o mesmo nome para ser a mesma coisa – engano nominalista que pode ser muito mais perigoso (embora não exclusivo de) quando se trabalha com a história de uma sociedade.

Se do ponto de vista da perspectiva em jogo tem-se essa enorme diferença, é claro que metodologicamente os caminhos não poderiam ser os mesmos. No tocante ao que se poderia chamar de trabalho de campo tradicional, o que se pretende é uma espécie de imersão na sociedade que se está estudando durante o tempo que for necessário para desvendar as mais profundas redes de significados. Embora também podendo lidar com a dinâmica de uma história do grupo e, por exemplo, com a perda de certas informações, é muito diferente da outra situação que se está tratando. Bem ou mal, e evidentemente em constante processo de mudança, a sociedade a qual se estuda 'está viva em algum lugar'.

Quando se está tratando de estudos históricos, essa sociedade já não existe mais. Não se pode dizer, por exemplo, que algo como a 'sociedade brasileira' do começo do século XXI é a mesma de meados do século XIX. Portanto, aquela imersão no campo não pode existir. O antropólogo que lida com a história da sociedade 'ocidental' ou 'moderna' tem a seu dispor, a princípio, apenas uma caixa de documentos, que podem variar muito quanto ao tipo (registros escritos ou fotográficos, por exemplo) ou quanto à abrangência temporal (uma única carta pontual ou uma longa série de processos judiciais). Não é possível observar ou sequer tentar uma nova entrevista para dar conta de entender um evento que fica incompreendido. Há apenas o que se foi deixado e que exatamente por isso tem um significado particular. Esquecer desses variados e talvez infinitos filtros por meio dos quais passaram os documentos é ter um ponto de partida equivocado. Existe uma série de tentativas de solução para os problemas, para os vácuos que surgem entre um dado e outro, mas são de outra ordem. Buscar a maior variedade possível de fontes e lidar de forma flexível com os períodos e os múltiplos fenômenos que se correlacionam parece ser a saída mais satisfatória.

Talvez a questão que se coloque a partir daí é que se existem diferenças tão profundas, em que medida se está falando da mesma coisa, em que medida se está falando de fazer antropologia? Considera-se que há um ponto de partida e uma perspectiva metodológica que são comuns e que diferenciam a produção antropológica, mesmo histórica, das outras disciplinas. Esse ponto de origem é o que se poderia traduzir, fazendo-se uso da famosa expressão de Mauss, por buscar estudar e entender "fatos sociais totais". Nas prescrições metodológicas que faz no *Ensaio sobre a Dádiva*, Mauss, notadamente se dirigindo a historiadores e etnógrafos, propõe que as investigações se concentrem nesse tipo de fatos que:

> (...) põem em movimento, em certos casos, a totalidade da sociedade e de suas instituições (potlatch, clãs enfrentados, tribos que se visitam, etc.) e, em outros casos, somente um grande número de instituições, em particular quando essas trocas e contratos dizem respeito de preferência ao indivíduo. (Mauss, 1974:179)

O autor acrescenta que todos esses fenômenos são ao mesmo tempo jurídicos, econômicos, religiosos e mesmo estéticos, morfológicos etc. e que:

> São, portanto, mais do que temas, mais do que elementos de instituições, mais do que instituições complexas, mais até do que sistemas de instituições divididas por exemplo em religião, direito, economia, etc. São 'todos', sistemas sociais inteiros cujo funcionamento tentamos descrever. (Mauss, 1974:180)

Mauss chama a atenção ainda para a necessidade de se estudar as sociedades em funcionamento, em seus estados dinâmicos ou fisiológicos e não as concebendo como sistemas fixos ou estáticos. Dessa forma, afirma que se deve observar a vida social concreta a partir do "movimento do todo" – recomendação que estende a outras ciências sociais, quando questiona a observação do comportamento humano através

da divisão em faculdades (Mauss, 1974: 180-181).[1] Essa noção de que os fenômenos sociais estão intimamente correlacionados e de que é preciso tentar captá-los no seu conjunto ou que sempre é necessário buscar as relações mais amplas implicadas em cada evento pode ser vista como algo que tem caracterizado de forma particular os trabalhos antropológicos.

Quanto à questão metodológica, sugere-se que há uma 'inspiração etnográfica' que marca tais trabalhos. No caso do trabalho de campo tradicional, em outra sociedade, não há dúvidas sobre a centralidade da etnografia.[2] Quando se trata de um trabalho histórico, o papel do antropólogo é tentar lidar com os registros seguindo essa inspiração. Isso quer dizer, em primeiro lugar, que não pode se ater a um recorte estrito do objeto, feito *a priori*. Não pode imaginar que vai obedecer a um limite temporal ou de pesquisa de fontes pré-estabelecido. Na tentativa de entendimento dos fenômenos de uma perspectiva mais 'total', precisa seguir o recorte que é imposto pelo seu próprio 'percurso etnográfico'. Na prática, significa seguir todas as pistas dadas (ou o máximo que conseguir) nos registros que indicam para a possibilidade de um entendimento mais profundo do fenômeno que está estudando. Isso pode implicar tanto o recurso a novas fontes quanto o alargamento do período, para que possa dar conta de estabelecer o mínimo de correlações necessárias. É óbvio que mesmo fazendo isso nunca chegará a concluir uma 'etnografia' daquela sociedade perdida no tempo, mas conseguirá sair da mera narrativa dos acontecimentos e se aproximar de uma interpretação que poderá dizer algo sobre sua lógica de funcionamento.

Nessa hora, a de dizer o que internamente caracteriza a antropologia como um todo, sempre vem à tona o modo como externamente se posiciona diante das outras disciplinas e nesse caso em particular, da história. Esse debate é antigo e amplo demais para ser tratado aqui.[3] Acredita-se que tomando um campo de estudos mais específico possa ser feita uma reflexão mais produtiva. Nos últimos anos tem-se notado uma distinção muito nítida entre os trabalhos que têm tratado de investigar os temas do gênero e da sexualidade, sobretudo considerando o período que vai das grandes transformações (ou pelo menos da revolução de idéias) ocorridas no final do século XVIII até a passagem do século XIX para o século XX. Identificam-se basicamente duas grandes correntes. A primeira é de trabalhos, em sua maioria produzidos na década de 1980, predominantemente por historiadores franceses, que apresentavam, a partir dos mais diferentes enfoques, a maneira com que se davam as relações de gênero, descreviam valores e atitudes relacionados à sexualidade ou mais freqüentemente, narravam diferentes aspectos da 'história das mulheres'.[4] Esse conjunto de trabalhos, que tem o grande mérito de inaugurar e legitimar uma área de estudos até então um tanto obscurecida e que descortinou uma enorme massa de informações, parece não chegar às últimas conseqüências no que se refere às possibilidades analíticas que introduz.[5]

Contudo, há um conjunto de obras, produzidas por pesquisadores de origem anglo-saxã das mais variadas formações, em sua maioria editadas na década de 1990, que discute a natureza das relações de gênero e mesmo o tema da essência ou construção do sexo e do gênero, ao lidar com objetos históricos mais específicos. Uma característica comum a esses trabalhos é a percepção de que o gênero é uma categoria fundamental

para o entendimento de qualquer sociedade e para a compreensão de uma sociedade como um todo. Ao se falar de sexo e gênero está se falando da lógica de funcionamento de cada sociedade, seja qual for o evento ou a faceta que se está enfocando de maneira mais detida.[6] Essa perspectiva, identificada pelos autores desses trabalhos como de origem antropológica, se alia a pelo menos duas outras grandes influências. A primeira é a obra de Michel Foucault, cujo impacto nesse campo foi grande não só por ter redirecionado os estudos sobre sexualidade, mas também pela sua nova maneira de lidar com a história. Dentre os pontos comuns que se remete a Foucault estão a necessidade de perceber a construção social das idéias e práticas em torno do sexo e a consideração dos eventos como processos a partir de suas múltiplas e infinitas causas.[7]

A outra influência significativa desse campo é a chamada crítica feminista da ciência, que tem levado a um aprofundamento das discussões epistemológicas. Essas discussões se traduzem não só no debate em torno da possibilidade de se fazer uma ciência menos marcada por uma determinada hierarquia de gênero (o que faz com que se discuta a própria natureza da produção atual) quanto em uma nova abordagem, que tenta ser menos ingênua, no estudo dos registros históricos ou particularmente na história da ciência. Esta última tem sido um dos temas privilegiados dos estudos de gênero nos últimos anos.[8]

Tendo por base essas e outras influências, esses trabalhos centrados no estudo histórico do par sexo/gênero têm como características metodológicas uma flexibilização nos recortes dos temas e objetos, uma preeminência da contextualização e de uma busca da totalidade, além de uma crítica mais radical das fontes. No entanto, as perguntas-chave desses estudos cada vez mais incorporam uma questão fundamentalmente antropológica que é a relação entre natureza e cultura. Estudos como os de Jordanova (1989), Laqueur (1992) ou Matus (1995), para citar apenas alguns, têm como pano de fundo para analisar a história da ciência, da medicina ou da literatura a forma com que a sociedade que estudam lida com a elaboração da dicotomia natureza/cultura. Saber de que maneira, o que e por quem é definido o que é da ordem da natureza ou da ordem da cultura é fundamental para se discutir como se constrói a relação entre sexo e gênero. No caso de Laqueur (1992), por exemplo, embora discutível, a hipótese de que também o sexo é uma construção que tem um determinado percurso histórico na sociedade ocidental, certamente, é bastante frutífera ao produzir novas indagações não somente restritas ao plano da construção do gênero. Esse exemplo mostra que estamos muito longe de um tipo de história mais tradicional. O objetivo não se limita a produzir um conhecimento sobre como as coisas eram em um determinado momento e lugar, mas sim trazer subsídios para se pensar na ‘manipulação’ que cada sociedade faz de determinadas categorias centrais para sua organização. Embora para esse conjunto de trabalhos a distinção disciplinar não pareça ter muita importância diante do compartilhamento de certos pressupostos, as pretensões explicativas, talvez se possa dizer, são de natureza mais antropológica.

A pesquisa realizada implicou na adoção desse tipo de perspectiva. Cada vez mais parecia impressionante como certos valores e representações em torno do gênero

sustentavam determinadas práticas e intervenções corporais. Sobretudo a medicina, em particular a medicina dedicada à mulher, se apresentava como um terreno instigante. Começou-se a pesquisar a maneira pela qual, historicamente, a medicina tratava homens e mulheres. Em outras palavras, como a produção científica moderna articulava sexo e gênero ou os supostos dados naturais relativos ao sexo e as representações sociais em jogo. Não foi difícil descobrir algumas diferenças fundamentais que se cristalizam durante o século XIX, quando a medicina passa a ser definida como a grande ciência capaz de traduzir para a sociedade os desígnios naturais, com base em métodos considerados objetivos e racionais. Naquele momento, eram os médicos que podiam discursar quase que exclusivamente sobre a diferença sexual, concebida como eminentemente biológica. É no decorrer do século XIX que a medicina passa a se preocupar de maneira mais intensa com o campo da sexualidade e da reprodução, o que se traduz no desenvolvimento de especialidades como a obstetrícia e no surgimento da ginecologia.

A obstetrícia, ramo da medicina dedicado aos fenômenos envolvendo a geração e o parto, ganha um forte impulso a partir do século XIX. Porém, é a ginecologia que aparece como a grande novidade, pois era apresentada como 'o estudo da mulher', em sentido amplo. A pergunta mais óbvia era por que existia um estudo da mulher e não um estudo do homem, já que a andrologia, que seria o correspondente da ginecologia, só passa a ganhar seus poucos adeptos no século XX. Esse fato, de a mulher ser um objeto de estudo por natureza, que tinha origem em uma intensa busca de delimitação da diferença entre os sexos, e em decorrência disso estar sujeita a determinados tipos de intervenção corporal, acabou se tornando o tema inicial de pesquisa.

Procurou-se dar conta do problema avançando primeiramente no mapeamento da história da ginecologia e da obstetrícia e também da andrologia e urologia – como exigia a adoção de uma perspectiva de gênero relacional e comparativa –, considerando tanto os marcos de institucionalização quanto as mudanças nos conceitos e práticas. Para tanto, analisou-se um bom conjunto das teses apresentadas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre as décadas de 1830 e 1940, além de livros, artigos e alguns periódicos especializados.

Na escolha do material analisado, privilegiou-se aquilo que seria, a princípio, menos relativo ao discurso moral empreendido pela medicina da época e mais o que seria estritamente 'médico' ou 'científico'. Isso implicou na seleção de trabalhos que tratavam, por exemplo, das diferenças anatômicas entre homens e mulheres, da função da menstruação, dos tipos de tratamento empregados na cura das doenças, em especial as cirurgias. O interessante é que também nesses estudos que tratavam de temas que seriam mais 'técnicos', enfocados partindo-se de observações dos dados biológicos, se configurava um conjunto de verdadeiras orientações morais. A ginecologia se apresentava então como uma ciência que, com base em supostos dados naturais, descrevia e mesmo prescrevia os papéis sociais adequados para homens e mulheres. A um determinado corpo corresponderia um determinado tipo de comportamento. As principais características dessa produção eram a ênfase na diferença sexual, constituída, sobretudo, desde a associação entre a mulher e a maternidade e a análise das desordens decorrentes das tentativas de rompimento com a separação de papéis. No caso da

mulher, em especial da mulher das classes mais altas, mais uma vez, tratava-se dos problemas advindos com a recusa da maternidade (por meio do uso de contraceptivos e da prática de aborto ou infanticídio) ou da adoção de comportamentos tidos como masculinos (como a demonstração de uma sexualidade 'agressiva' ou a insistência em trabalhar fora de casa).

Diante desse quadro, confirmou-se a necessidade de se acompanhar detidamente o movimento de permeabilidade entre a produção científica e o contexto cultural em jogo e investigar com cuidado a articulação entre a produção médica, como um saber que se debruçava sobre o sexo biológico, e os modelos de relações de gênero em curso na época.

A forma de fazer isso era buscar eventos que pudessem dar uma dimensão mais propriamente concreta ou cotidiana das intervenções propostas por esses ramos da medicina. Isso implicava sair do plano mais oficial, da doutrina, das instituições, dos nomes famosos e dos grandes feitos para entrar nas conseqüências práticas na vida das pessoas. Portanto, escolheu-se a produção médica como ponto de partida, mas, por fim, adentrou-se também em outros domínios, nos quais as concepções médicas ou a participação de médicos como personagens importantes ganhavam destaque. Foi o caso das incursões no mundo jurídico-policial e nas políticas de Estado.

O trabalho se constituiu então, primeiramente, no mapeamento das origens, das disputas e dos significados em torno da existência de uma 'ciência da mulher' e da significativa ausência do que fosse correspondente para o caso do homem. Foi necessário lidar com os desenvolvimentos técnicos, científicos e institucionais que permitiram o grande impulso da medicina no século XIX e inclusive a sua divisão em diversos campos. Descobertas como a assepsia e a anestesia, fenômenos como a proliferação dos hospitais, das instituições de ensino e da imprensa médica foram também as bases para os avanços da ginecologia no Brasil. Faz-se necessário dizer que o clima intervencionista do higienismo e a intensa preocupação com a população em termos de quantidade e 'qualidade' e a relação disto com a constituição do Estado-nação brasileiro também influenciaram a conformação da chamada ciência da mulher. Ao mesmo tempo, como a ginecologia tratava de um assunto bastante delicado do ponto de vista moral e previa procedimentos que facilmente poderiam ser vistos como indecorosos, também sofreu uma série de pressões e dificuldades que colocavam em xeque a sua legitimação. Esse tipo de dificuldades, as quais têm origem no sistema de gênero e na noção de honra em questão, tiveram como uma de suas implicações a entrada das mulheres na profissão médica, no Brasil, na década de 1880.

À medida que se tentava juntar as peças desse panorama geral também havia dedicação ao trabalho com os textos médicos, em especial às teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Nesse material pôde-se detectar que quando tratavam de assuntos como puberdade, menstruação ou menopausa os médicos tentavam delimitar de maneira bastante rígida as diferenças entre homens e mulheres. É preciso lembrar que essa preocupação com a diferença tinha como pano de fundo, por um lado, o contexto de mudanças sociais em curso principalmente na segunda metade do século XIX. Por outro, têm destaque os debates científicos da época, que se concentravam na

elaboração de grandes teorias e métodos que permitiriam classificar e estabelecer fronteiras entre povos, raças, sexos. A mulher, assim como as crianças e os chamados 'primitivos' eram os alvos privilegiados dessa ânsia classificatória que caracterizava a ciência desse período.

Ao mesmo tempo em que o tema da diferença se destacava, nas teses estava também sempre presente uma preocupação com as desordens relacionadas ao rompimento dos limites que estabeleciam as diferenças entre homens e mulheres. Não é sem razão que a histeria passa a ser um dos temas mais tratados, ao lado de outras perturbações como a ninfomania, a erotomania ou a masturbação. O central nos estudos que lidam com esses assuntos é que os sintomas descritos – como a manifestação de revolta, de exagerada inteligência, desapego em relação à maternidade ou aos filhos e de desejo sexual fora dos padrões tidos como normais – são apresentados como tendo uma origem no mau funcionamento dos órgãos reprodutivos femininos. E para o tratamento desses problemas a ginecologia propunha soluções que iam da reclusão em hospitais de alienados até a cirurgia de extração de ovários, por exemplo.

Enquanto se avançava na análise dos textos médicos, percebeu-se que era preciso seguir na busca de eventos que ilustrassem se, e como, essas concepções tinham implicações concretas. Concluiu-se que o melhor caminho a seguir era aprofundar o estudo de um caso com o qual se teve a sorte em se deparar logo no início da pesquisa e que perseguiu esta autora pelo restante do trabalho. Trata-se das polêmicas envolvendo o médico Abel Parente a partir de 1893, em razão de ter inventado um método de esterilização voluntária de mulheres. Segundo a elite médica, juristas e homens públicos importantes da época, graves conseqüências físicas, morais e sociais poderiam decorrer desse tipo de intervenção no corpo feminino.

Para além das inúmeras possibilidades analíticas que o caso oferece e dos vários temas que coloca em discussão, é preciso destacar o debate em torno do caráter natural ou social da maternidade e sua importância na manutenção da ordem social vigente. Um dos principais argumentos utilizados nas acusações contra Abel Parente era o fato de que as mulheres que tivessem acesso a algum tipo de contraceptivo eficaz, como a esterilização, abandonariam o lar, o marido e os filhos. Segundo o dr. Publio de Mello (1893), que formulou o protesto inicial na Sociedade de Higiene do Brasil, era apenas o receio da concepção que mantinha as mulheres casadas. Se pudessem praticar sexo sem o risco de uma gravidez, o resultado seria o avanço desenfreado da prostituição e o fim da família e, conseqüentemente, da sociedade. Outro tema que aparece nos debates envolvendo o caso é a suposição de que uma intervenção ginecológica como a esterilização poderia levar as mulheres a perder a sua sanidade mental, concepção bastante corriqueira na medicina da época. Além disso, toda a discussão em torno do caso Abel Parente passava pela suposição de que seu método de esterilização implicaria no uso de técnicas abortivas.

A referência ao tema do aborto era tão insistente parecia impossível não tentar entender minimamente as implicações disso. Nos textos médicos havia várias referências a respeito. Mas supôs-se que uma investigação nos processos judiciais envolvendo eventos dessa ordem poderia ser frutífera. Na verdade, foi muito mais do que

se imaginava – o que trazia ganhos, mas também problemas para o escopo da pesquisa. Pesquisando no Arquivo Nacional, descobriu-se um conjunto precioso de inquéritos e processos envolvendo os crimes de aborto e infanticídio, categorias que na prática muitas vezes se confundiam. Aquele material não só era importante para compreender o que vinha estudando até então, mas revelava uma nova dimensão, uma nova possibilidade de análise da questão da importância da reprodução e da maternidade na definição da diferença entre os sexos. Chegou-se à conclusão de que valia o esforço em dar seguimento a mais esse enfoque. Sobretudo nos casos envolvendo o crime de infanticídio, houve surpresa com novos exemplos concretos de articulação das concepções médicas a respeito da associação entre problemas nas funções ou nos órgãos reprodutivos femininos e perturbações mentais.

Para resumir de forma rápida o que se pôde perceber com os casos estudados e com o mapeamento das discussões jurídicas em torno desse tema, pode-se dizer que o infanticídio – ou seja, o crime da mãe que mata o próprio filho – parecia tão absurdo aos olhos daqueles que estabeleciam as normas e o andamento dos casos (como delegados, juízes e médicos legistas), que imediatamente e mesmo sem indícios de qualquer ordem evocavam a tese da loucura puerperal. Para aqueles que tentavam defender uma ordem social baseada na diferença entre os sexos, que por sua vez tinha como pilar de sustentação a associação entre as mulheres e a reprodução, era praticamente impossível admitir publicamente um ato como o infanticídio ou como o aborto, que explicitavam de forma dramática a recusa da maternidade.

A incorporação desses novos eventos e dessas novas discussões contribuía para uma percepção um pouco mais pluralista do tema que se estava estudando. Contudo, ao mesmo tempo se ampliavam as problemáticas com as quais seria preciso lidar. Ao ser estudada a questão do aborto, do infanticídio e do controle da natalidade de um modo geral foi-se percebendo como existia um debate mais amplo em torno da questão da população que muitas vezes modulava o que estava sendo dito nos processos judiciais ou nas teses de medicina.[9]

O ponto fundamental parecia ser o fato de que o controle da natalidade e principalmente o aborto e a contracepção passam a ser discutidos não apenas em função das conseqüências que representavam para os indivíduos que os praticavam, mas em relação ao que implicavam em termos de uma ameaça ao crescimento da nação. Esse panorama se complexificaria bastante na medida em que a grande questão da população começava a ser pensada também a partir da eugenia. Os temas da natalidade e da 'higiene da raça', expressão que se tornaria muito comum,[10] estavam na ordem do dia dos debates, não apenas entre os médicos, mas entre homens públicos, intelectuais e ativistas. O enfoque na quantidade e 'qualidade' da população com vistas ao futuro da nação passaria a caracterizar especialmente a relação entre medicina e poderes públicos.

Foi possível notar ao longo do tempo certa redefinição no discurso médico que enfatiza cada vez mais o papel da mulher em virtude de sua importância para a nação. Isso reflete uma aproximação maior da medicina com o Estado. Mas também diz respeito a uma série de outros desenvolvimentos em curso já no início do século XX, como uma forte presença das idéias eugênicas, a propagação dos métodos de

controle da natalidade, o trabalho feminino fora de casa, a organização das mulheres reivindicando direitos e a importância adquirida pela questão da população e da raça.

Mais uma vez seguindo as indicações fornecidas pelo próprio material e buscando uma apreensão mais abrangente do tema estudado pesquisou-se essa aproximação da medicina com o Estado, na medida em que envolvia mais diretamente a questão da reprodução, o que obrigava também a considerar o papel de destaque das teorias eugênicas naquele momento. Essa busca acabou chegando até a década de 1930, quando alguns vetores do processo de construção de uma imagem feminina a partir da reprodução vão se acentuar e dar um tom bastante específico ao quadro que vem se desenhando desde o século XIX. Não foi intencional o fato de se estudar detalhadamente o que aconteceu nessa década, repleta de grandes movimentos. No entanto, algumas articulações pareciam tão significativas a partir da perspectiva deste trabalho que não poderiam deixar de ser consideradas.

Pode-se dizer que o grande 'caso' descoberto nessa etapa foi a realização do Primeiro Congresso Brasileiro de Ginecologia, ocorrido no Rio de Janeiro em 1940.[11] Este evento chama a atenção não só por ter sido realizado sob os auspícios do governo Vargas, contando com a presença do ministro Capanema, mas por ter entre os temas centrais a proteção da maternidade e da infância como condições imprescindíveis para o desenvolvimento do 'capital humano' da nação. O Congresso, acontecimento repleto de muitos significados, parecia representar, de certa forma, o ápice de um processo de conexão entre o pensamento médico sobre a mulher (e também sobre a maternidade, o sexo e a reprodução), a noção de uma medicina intervencionista e bastante próxima do Estado e a propagação mais acentuada das idéias eugênicas. Contudo, finalmente, este novo contexto parecia representar também o ponto de partida para uma outra história, para uma outra pesquisa, que envolveria novos processos em jogo.

Mas, o importante é que, embora se considerando que a busca de novos enquadramentos para os problemas que se está estudando é sempre necessária e possivelmente infinita, depois do percurso feito, achava-se que pelo menos algumas questões fundamentais tinham sido esclarecidas. Havia sido possível traçar uma rede interpretativa convincente com as variadas linhas de significado que apareceram ao longo das pistas seguidas.

Acredita-se que para sustentar esse tipo de enfoque seja preciso olhar para os documentos de uma forma particular, tentando entender como se encaixam em um todo mais amplo e procurando descobrir as conexões que estão por trás da confecção dos registros. Mais do que contextualizar os documentos, trata-se de estabelecer correlações mais abrangentes, articulando fenômenos de ordem aparentemente distinta. Muitas vezes, ao fazer isso, escapamos das relações permitidas somente com provas textuais consideradas mais legítimas, mas ganhamos no alcance interpretativo que deve ser, por natureza, sempre discutível e provisório.

Com isso volta-se ao debate inicial, sobre o que caracteriza a produção antropológica. Ao tratar dos usos que se faz de noções como sexo, gênero, reprodução ou maternidade e, sobretudo, dos significados atribuídos a cada uma dessas categorias não se está apenas tratando de descrever como historicamente se construíram esses

conceitos. A intenção é tentar melhor entender a lógica de funcionamento da sociedade da qual está se falando. E para chegar a isso, a dimensão comparativa é sempre um recurso fundamental. Ter esta dimensão em mente, ao mesmo tempo em que se procura sempre os múltiplos fios de entendimento dos processos e que se busca compreender os fenômenos tendo por base sua 'totalidade' seriam alguns dos pontos comuns a partir dos quais se pode falar no fazer antropológico, mesmo que os objetos analisados estejam do outro lado do mundo ou no outro século.

Contudo, vale lembrar mais uma vez que, em um trabalho histórico, além de entender certos aspectos do funcionamento da sociedade em um dado momento, é também possível ter alguns indícios sobre a gênese de determinadas categorias que se emprega hoje. É bom enfatizar que se trata apenas de pistas, que só podem ser úteis se incorporadas em uma análise abrangente e detalhada do contexto que se está analisando. Nesse sentido, estudos que, por exemplo, focalizam a questão de gênero no século XIX podem contribuir muito para que se tenha uma análise mais profunda dos padrões de relações de gênero em vigor atualmente. Isso é possível em razão do contraste entre o que uma sociedade concebe em um momento e em outro – o que proporciona um realce das semelhanças e diferenças. Mas, também, porque é possível tentar identificar as rupturas e continuidades de determinados fenômenos. Pode-se, entre outras coisas, tentar observar mudanças nos comportamentos e valores a eles associados, considerando determinados campos como, por exemplo, o do comportamento sexual e reprodutivo. Nesse caso, o processo de análise comparativa necessariamente teria que levar em conta 'inovações' como a descoberta de novos meios e a propagação dos antigos métodos de controle da natalidade – este seria apenas um entre uma série de fatores importantes. O contraste e a busca de fios que permitem identificar rupturas e continuidades levam a uma recuperação da trajetória ou da história dos fenômenos que contribui efetivamente para sua compreensão.

Certamente um outro gênero de análise correlacionado a esse, e que pode levar a um entendimento mais 'total', é a procura das variações históricas no uso que a sociedade faz de determinadas categorias que são fundamentais para a sua organização. Aqui está se falando, por exemplo, da oposição entre masculino e feminino ou da dicotomia natureza/cultura. Perceber como historicamente tem havido transformações no que se diz sobre cada elemento do par natureza/cultura e mesmo sobre o tipo de relação estabelecido entre eles pode ser uma das chaves principais para se entender o funcionamento do que chamamos de sociedade moderna. Considerando esse aspecto, a antropologia histórica ou que lida com objetos e processos históricos mais distantes no tempo tem, sem sombra de dúvidas, uma característica e um potencial analítico antropológicos, em sentido estrito. Esse potencial pode ser usado para distingui-la da antropologia que se baseia no trabalho de campo tradicional. Mas é também aquilo que marca a sua filiação legítima à tradição antropológica, na medida em que compartilha das questões a respeito do entendimento da vida em sociedade que originaram e que sustentam a busca desse saber.

Neste trabalho, tenta-se expor como essa questão da diferença sexual permeia a medicina da época em vários âmbitos. No capítulo 1, é apresentado o debate em torno

da diferença sexual e o contexto de seu surgimento, considerando em especial os desenvolvimentos da medicina no século XIX e os dilemas colocados pelas tentativas de emancipação feminina. No capítulo 2 é mostrada como a questão da diferença tornou-se um dos argumentos fundamentais em torno dos quais se deu a criação da ginecologia, uma especialidade médica dedicada à mulher e que não tem um correspondente para o caso do homem. Além de evidenciar a importância do debate em torno da diferença, esse capítulo também tem a função de apresentar os dados que permitem contextualizar a atuação médica no período. Nesse sentido, é traçado um panorama do interesse da medicina pela mulher e do surgimento de uma prática e conhecimento obstétrico-ginecológico, com destaque para o quadro de institucionalização das especialidades médicas ligadas à mulher e à reprodução no Brasil. Também se procura mostrar como tais especialidades, ao mesmo tempo em que adquiriam prestígio, eram passíveis de grandes suspeitas, em razão da delicadeza moral implicada nos seus objetos de intervenção. Ainda é feita referência ao fato de que a entrada da mulher na profissão médica em muito tem a ver com todas essas questões. No capítulo seguinte, ingressa-se no âmbito do discurso médico oficial e normativo, por meio da análise de livros, artigos e principalmente das teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que tocam na questão das distinções entre os sexos – a partir da análise de temas como puberdade, menstruação, menopausa, sexo e casamento – e nas perturbações – como as chamadas psicoses menstruais, a clorose e a histeria – relacionadas com o rompimento da rígida fronteira que separaria homens e mulheres. Também são destacadas as formas de tratamento sugeridas para esses tipos de desordens que afetam a economia corporal feminina. A maneira como todos esses argumentos são acionados em um caso concreto é o objeto do capítulo 4. Nele são apresentados os acontecimentos em torno das polêmicas públicas envolvendo o médico Abel Parente, acusado, entre outras coisas, de enlouquecer e desvirtuar as mulheres a partir do uso de um método de esterilização. Para além de uma análise das disputas envolvendo o campo profissional médico – tema que não é objeto deste estudo –, o que se faz nesse capítulo é ilustrar como o 'problema' da ameaça a uma rígida distinção entre os gêneros serve de parâmetro para intervenções efetivas e mesmo dramáticas na vida das pessoas. E por fim, no capítulo 5 é retomada a discussão a respeito do estatuto da diferença sexual, que se apresenta ao mesmo tempo como natural, instável e perigosa.

Este trabalho tem origem em minha tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 2000, sob a orientação de Luiz Fernando Dias Duarte. Além dos agradecimentos já mencionados na primeira edição deste livro, gostaria de acrescentar uma referência aos colegas e alunos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em especial a Jane Araújo Russo e a Sergio Carrara.

Aproveito para mencionar que alguns acréscimos feitos nesta nova edição, especialmente nesta apresentação e nos capítulos 3 e 5, têm origem em trabalhos publicados sob a forma de artigos.[12]

Notas

1 Sobre esse ponto, vale lembrar a discussão de Lévi-Strauss, apresentando a obra de Mauss, acerca do caráter tridimensional do fato social total que: "Deve coincidir a dimensão propriamente sociológica com os seus múltiplos aspectos sincrônicos; a dimensão histórica, ou diacrônica; e, finalmente, a dimensão fisio-psicológica" (1974:14). Na seqüencia do texto, Lévi-Strauss considera que, no estudo do todo social através de experiências concretas, deve-se levar em conta as implicações do fato de que "toda interpretação deve fazer coincidir a objetividade da análise histórica ou comparativa com a subjetividade da experiência vivida" (1974:15). E acrescenta que assumir a noção de fato social total significa compreender que o observador também é parte integrante de observação que realiza (1974:16).

2 Para um panorama dos principais autores e referências que historicamente enfatizaram as bases da etnografia e sua importância para a antropologia, ver Peirano (1995:cap. 2) e Van Maanen (1996).

3 Parece que existem disponíveis muito mais trabalhos de historiadores do que de antropólogos que têm considerado a aproximação entre história e antropologia. No primeiro caso, pode-se recorrer a Le Goff (1998), Burke (1992) e Hunt (1995a), para dar alguns exemplos de trabalhos que, considerando os intervalos de tempo de suas publicações, são representativos desse debate em diferentes momentos. Para um exemplo do debate do ponto de vista da antropologia produzida no Brasil, ver Schwarcz e Gomes (2000). É bom lembrar que o fato de se ter com mais freqüência trabalhos produzidos por historiadores – o que deve expressar uma preocupação diferenciada – revela que talvez as transformações produzidas pela incorporação de uma perspectiva antropológica naquela disciplina sejam mais significativas do que aquelas advindas do que a antropologia incorpora da história – o que, muitas vezes, parece se reduzir apenas à adoção de um tipo de objeto.

4 Citem-se como exemplos os trabalhos de Laget (1982), Knibiehler e Fouquet (1983), Gélis (1984), Thébaud (1986) e Fay-Sallois (1997).

5 Aqui está se falando do debate em torno da chamada 'história das mulheres' ou de uma história que assuma radicalmente a perspectiva relacional implicada nos estudos de gênero. Ver, sobre este ponto: Scott (1988), Perrot (1988, 1989, 1995), Tilly (1994), Varikas (1994) e Dias (1994).

6 Ver os trabalhos de Jordanova (1989), Kent (1990), Laqueur (1992), Martin (1992), Matus (1995), Russett (1995), Steinbrügge (1995), Moscucci (1996) e Muel-Dreyfus (1996).

7 Ver Foucault (1988, 1994), Léonard (1980), Veyne (1995), O'Brien (1995) e Hunt (1995b).

8 Para uma apresentação geral, ver Harding (1986), Harding e O'Barr (1987), Bleier (1991) e Schiebinger (2001). Uma série de trabalhos interessantes tem mostrado como a ciência, 'natural' ou 'social', incorpora valores e preconceitos, sobretudo relativos ao gênero, naquilo que oferece como produto de observações científicas 'neutras' e 'objetivas'. Schiebinger (1994) mostra como a noção de 'mamífero' aplicada à espécie humana é produzida em um contexto de exaltação da natalidade e aleitamento. Fausto-Sterling (1992) afirma que, seja

privilegiando os hormônios na passagem do século XIX para o XX, seja enfatizando o cérebro, a ciência natural tem sempre buscado as bases científicas que definiriam a diferença entre homens e mulheres, desprezando como os papéis sociais e políticos interferem em suas descobertas. Hubbard (1990) segue a mesma linha de análise. Haraway (1978) discute o problema a partir da primatologia. Martin (1991) relata como mesmo no estudo dos gametas os estereótipos referentes ao que seja masculino e feminino estão presentes.

9 A magnitude dessa discussão foi merecedora de um novo trabalho de investigação, cujos resultados encontram-se em Rohden (2003a).

10 É importante lembrar que o termo raça, nesse debate, diz respeito menos ao que qualificaria uma suposta distinção entre o que seria uma 'raça branca' ou uma 'raça negra', referindo-se na maioria das vezes à idéia de 'povo' ou mesmo 'espécie'. Utiliza-se, por exemplo, raça como sinônimo de povo ou espécie ao se falar do 'aperfeiçoamento da raça/povo brasileiro' ou do 'futuro da raça/espécie humana'.

11 Ver Rohden (2003a).

12 Rohden (2002, 2003b, 2003c, 2004, 2005).

1

A Questão da Diferença entre os Sexos: redefinições no século XIX

A Preocupação com a Diferença

No final do século XVIII, enquanto a Revolução Francesa pregava os direitos de igualdade e liberdade, assistia-se a uma intensificação das preocupações, especialmente por parte dos médicos, com a diferença entre homens e mulheres. A onda de reformas e igualitarismo, longe de provocar uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza dos seres humanos, acaba, ao contrário, originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica e dos papéis sociais atribuídos a cada sexo. Isso pode ser observado em obras representativas da trajetória das ciências e da medicina nessa época, tais como a *Encyclopédie* de Diderot e d'Alembert (1751-1772) e, mais tarde, o *Dictionnaire des Sciences Médicales* (1812-1822) editado por Panckoucke. Mas, é em autores como Roussel que encontramos as melhores referências à questão. O seu *Système Physique et Moral de la Femme*, publicado primeiramente em 1775 e reeditado inúmeras vezes até o século XX, é exemplar no que se refere à concepção do corpo e da alma femininos como governados pelo sexo.[1] Outro autor de destaque é Cabanis, também fiel ao determinismo biológico no seu *Rapports du Physique et du Moral de l'Homme* (1803), assim como Julien-Joseph Virey, que edita várias obras no início do século XIX, e o doutor Lachaise, que publicou a *Histoire Physiologique de la Femme* em 1825.

Nesses autores, a diferença física entre os sexos é expressa desde os ossos até o cérebro, passando pela pele, pelos músculos e pelas fibras. O corpo masculino é quase sempre descrito como superior em relação ao feminino. Além disso, insiste-se na idéia de que as características femininas refletiriam a missão passiva que a natureza reservara à mulher, além de uma predestinação à maternidade. O corpo feminino seria moldado para a gestação e para o nascimento, o que parecia evidente quando se observava sua bacia larga e curva. Dentre os temas mais tratados pelos médicos, estavam a natureza do útero e dos ovários, a virgindade e a puberdade. Esta passagem para a fase reprodutiva da vida feminina, tão evidenciada pelo aparecimento da menstruação, é

tematizada em associação com o do medo da masturbação e da ninfomania. Ao mesmo tempo, concebe-se a idéia da frigidez feminina e o conseqüente entendimento de que o prazer da mulher durante o ato sexual não era necessário para a procriação. Também se fala de uma suposta fragilidade moral da mulher, mais sujeita aos desgovernos sexuais, à dissimulação, à mentira, ao capricho, e dotada de aptidões intelectuais medíocres.

Além disso, multiplicam-se os tratados consagrados às doenças femininas, do corpo e da alma a uma só vez, como os vapores, as paixões e a histeria, sempre associadas ao útero. Daí derivaria a idéia de que as doenças das mulheres nada mais seriam do que a expressão mesma de sua natureza. Na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres. Esse discurso que se fecha em círculos aparece unanimemente nos tratados médicos a partir do século XVIII e especialmente no XIX. Assim como também aparece a surpresa diante das diversas manifestações de que o corpo da mulher é capaz. Nada mais misterioso do que a histeria. Nada mais surpreendente do que toda a sorte de coisas estranhas e monstruosas nascidas do ventre das mulheres. Além disso, a sua existência normal se apresenta mesmo como uma patologia estabelecida, manifestada nas gravidezes e 'hemorragias periódicas'. Trata-se de um corpo instável, que deveria ser regulado pelas regras, mas que está sujeito à mobilidade e à hipersensibilidade, capaz até mesmo de reter impressões que serão transmitidas ao feto. E o mais grave é que essas criaturas, que parecem suscetíveis de perturbar a ordem do mundo, são também a garantia da procriação da humanidade, da manutenção da ordem primeira (Peter, 1980).

A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, voluminoso, seios generosos, ancas desenvolvidas, característicos da maternidade. Os médicos 'constatam' impressionados como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe. E é com base nessas 'evidências' fornecidas pela natureza que a medicina deveria se orientar. O modelo da mãe deveria ser usado para pensar o equilíbrio físico, mental e moral da mulher. A questão é que esses médicos esqueciam que a definição de beleza que preconizavam – segundo eles, nada além de uma expressão da natureza – consistia no fundo em uma reafirmação das suas próprias convicções (Peter, 1980).

Essa ênfase na definição da diferença sexual e na especificidade feminina associada à maternidade tem sido percebida por alguns autores como um fenômeno claramente identificável em torno do fim do século XVIII e começo do século XIX. É o momento em que o sexo passaria a ser cada vez mais tematizado pelos cientistas, especialmente médicos. E quando se falava do sexo, tratava-se particularmente do sexo feminino. Segundo Michel Foucault (1994), é no século XIX que a construção social em torno do sexo feminino ganha importância, em contraste com o século XVIII, quando se falava muito mais do sexo masculino. Enquanto no século XVIII a disciplina do sexo incidia preferencialmente nos colégios de meninos e escolas militares, no século seguinte é a mulher que passa a adquirir maior importância médico-social, sobretudo em função dos problemas ligados à maternidade, ao aleitamento, à masturbação.

É também no século XIX que o argumento da diferença natural e imutável entre os sexos ganha cada vez mais destaque. De acordo com Thomas Laqueur (1987, 1992), a noção de diferença sexual ou a própria idéia de dois sexos biológicos distintos é uma concepção que pode ser historicamente contextualizada em torno dos séculos XVIII e XIX. Até essa época, predominaria um modelo, herdado dos gregos, que admitia a existência de apenas um sexo biológico, enquanto o gênero se apresentaria em pelo menos duas possibilidades. Neste caso, homem e mulher não seriam definidos por uma diferença intrínseca em termos de natureza, de biologia, de dois corpos distintos, mas apenas em termos de um grau de perfeição. Os órgãos reprodutivos eram vistos como iguais em essência e sua percepção era moldada pelo padrão masculino. Assim, homens e mulheres seriam igualmente dotados de pênis e testículos, por exemplo. Mas, na mulher esses órgãos não se teriam exteriorizado. O importante disso tudo é que haveria, então, um só corpo, para o qual se atribuiriam distintas marcas sociais ou inscrições culturais. Esse modelo teria prevalecido até o Renascimento, quando entrou em curso uma série de fatores que propiciaram a passagem para o modelo de dois sexos, baseado em uma biologia da incomensurabilidade.

Mas, como se dá então a passagem para as concepções que hoje utilizamos predominantemente? As causas teriam sido as mudanças provocadas pelos progressos da ciência? Laqueur (1992) responde que as descobertas científicas sozinhas nada significam. Só fazem sentido e só acontecem dentro de um contexto social propício e respondendo a demandas sociais particulares em cada momento. Não há, assim, uma única causa, um processo singular e contínuo, mas uma composição de múltiplos programas culturais em atuação, uma pluricausalidade. Os avanços da anatomia no Renascimento, sua preocupação em olhar, tocar e dissecar os corpos, apesar de nos parecerem reveladores das diferenças, não foram suficientes. Só se chegou à constatação de que os corpos de homens e mulheres eram diferentes na sua natureza quando houve um clamor social para isso. Segundo Laqueur,

> *A história da anatomia durante o Renascimento sugere que a representação anatômica de macho e fêmea depende do jogo cultural da representação e ilusão, não da evidência acerca de órgãos, canais ou vasos sanguíneos. Nenhuma imagem, verbal ou visual, dos* fatos da diferença sexual *existe independentemente de pronunciamentos prévios sobre o significado de tais distinções.* (Laqueur, 1992:66. Grifos do autor)[2]

O modelo de um sexo predominava mesmo diante de descobertas biológicas. Isso ocorria porque ele expressava mais do que uma visão científica. Vinculava-se a uma série de outros discursos sociais, outras visões de mundo que estavam centradas não em uma rígida diferença entre os gêneros, mas em uma plasticidade entre os sexos, ou na referência a apenas um sexo. O modelo, para o qual os médicos davam consistência, servia como signo de uma ordem social marcada pelas diferenças de gênero. Um elemento importante apontado por Laqueur (1992) é o fato de que a nova anatomia trabalhava ancorada na velha tradição metafórica segundo a qual o corpo era mais um elemento que compunha a 'grande cadeia do ser' em que macrocosmo e microcosmo se

encontravam, entre a carne e a transcendência. Uma ampla gama de imagens, de jogos de correspondência trazia o cosmos para dentro do corpo. O corpo masculino, mais perfeito, representava em si toda a humanidade, encarnando a ligação entre a fecundidade da natureza e o poder dos céus. A medicina, a ajuda de Deus em tempos de dor, vê no doente representações do universo inteiro, vivo e morto. Do corpo ecoavam múltiplos discursos, pois ele era uma fronteira porosa com o mundo. Nessa sua abertura à natureza, as manifestações beiravam o grotesco. Contra isso, como uma resposta nova à metáfora da 'grande cadeia do ser', da plasticidade perigosa do homem com a natureza, surge um imaginário cultural alternativo no século XVIII. Novas metáforas da reprodução e novas interpretações do corpo feminino em relação ao masculino entram em curso. Para Laqueur (1992), na enxurrada de processos sociais, culturais e políticos que levam à passagem do modelo de um sexo para o modelo de dois sexos, está também o 'processo civilizador' descrito por Norbert Elias (1989). A instituição de um novo código de civilidade durante o século XVIII faz parte de uma tentativa de rompimento com o antigo corpo grotesco, demasiadamente suscetível à intervenção da natureza.

Esse corpo aberto no qual as diferenças eram uma questão de grau contrastava com claras distinções jurídicas, sociais e culturais estabelecidas entre homens e mulheres. Era preciso então que, cada vez mais, as distinções entre os gêneros se tornassem claras e precisas. O homem agora precisaria estar atento às novas normas de cortesia, conversação, vestimenta e *self-fashioning*. Seria necessário ter cuidado: a pressão social é tão forte que, em último caso, um comportamento inapropriado poderia até causar a mudança de sexo, indicando a fragilidade do corpo diante das imposições do gênero. O sexo não é primário, não é uma fundação sólida, enquanto o gênero constitui-se como uma categoria natural. Não há um substrato biológico intransponível. Há, sim, rígidas fronteiras definindo o gênero.

Até a Renascença, o sexo era convencional e atribuído de acordo com as categorias de gênero, entre as quais estava o pênis, não como o sexo real, como uma essência, mas como mais um dos símbolos sociais do gênero. Criaturas com um pênis externo eram declaradas homens e dotadas dos privilégios e obrigações daquele posto social, enquanto quem só tinha um pênis interno era designado como mulher e dotado das atribuições correspondentes. Roupa, ocupação, objetos de desejo eram alocados para uns ou outros, dependendo da quantidade de calor recebido durante a vida embrionária, que teria ou não permitido externar o órgão.

Laqueur (1992) acrescenta que se pode ter a impressão de que o corpo seria uma fundação para o sistema de dois gêneros. Mas, é uma fundação fraca, pois um corpo poderia facilmente ser empurrado para uma ou outra categoria social ou jurídica. Essas categorias baseavam-se em distinções como ativo/passivo, quente/frio, das quais um pênis interno ou externo constituía apenas mais um signo. Masculinidade e feminilidade não residiam em algo particular, mas em um conjunto de fatores. O mais importante não era uma realidade corporal, mas manter claros os limites sociais das categorias de gênero.[3] Enquanto no século XIX o comportamento é irrelevante e a questão do sexo é biológica, um fato que se define com um exame anatômico e fisiológico, no final do século XVI a situação é diferente. Por exemplo: uma mulher que tomasse o papel ativo

em uma relação com outra mulher estaria assumindo ilicitamente um papel social, violando a rígida lei dos gêneros. Até o século XVII ser um homem ou uma mulher não era possuir organicamente um ou outro sexo, mas sustentar uma posição social determinada.

Laqueur (1992) identifica no século XVIII a predominância de um outro modelo. Já não há mais o antigo isomorfismo, e a mulher passa a ser definida especificamente. Órgãos que tinham o mesmo nome para homens e mulheres (testículos e ovários, por exemplo) passam a ser distinguidos. Estruturas, como o esqueleto e o sistema nervoso, que antes eram comuns, agora são diferenciadas. O corpo, e mais especificamente o corpo da mulher, ganha importância:

> *Desde que o corpo natural tornou-se ele mesmo o parâmetro máximo do discurso social, os corpos das mulheres – o outro perene – tornaram-se a base para a redefinição da relação social fundamental, profunda, primeva: a da mulher com o homem. Os corpos femininos, em sua concretude carnal, cientificamente acessível, na profunda natureza de seus ossos, nervos e, acima de tudo, órgãos reprodutivos, passaram a comportar um enorme e novo peso de significado. Em outras palavras: inventou-se dois sexos como uma nova fundação para o gênero.* (Laqueur, 1992:150)

Essa invenção, segundo o autor, apesar da multiplicidade de causas, tem dois focos fundamentais de origem: uma mudança epistemológica e uma mudança política. A primeira engloba tanto a instituição de algumas dicotomias básicas – como fato e ficção, ciência e religião, razão e credulidade, corpo e espírito, verdade e falsidade, sexo biológico e gênero teatral – quanto o rompimento com a episteme da 'grande cadeia do ser'. A associação infindável de signos, entre corpo e cosmos, dá lugar à redução a um plano único, o plano da natureza, no qual a explicação reducionista e o sexo como fato físico são viáveis. Essas mudanças só foram possíveis em conjunção com um novo contexto político, especialmente centrado nas divisões entre esfera pública e esfera privada, homens e mulheres, feministas e antifeministas. O corpo é agora chamado por diferentes visões a expressar novas demandas surgidas em novos contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e eróticos. O debate ganha novos termos: as diferenças que antes se expressavam em termos de gênero agora são evidenciadas pelo sexo, pela biologia. E, aqui, o papel da ciência torna-se cada vez mais fundamental. Médicos e cientistas não só fornecem dados para o debate ideológico, como também emprestam o seu prestígio em ascensão. Para Laqueur (1992), a política de gênero afetava tanto a interpretação de dados clínicos e laboratoriais quanto a sua própria produção.

Nota-se agora uma inversão: o corpo, o sexo, passa a ser a fundação da sociedade. As diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas passam a oferecer a base para que pensadores sociais dissertem sobre as diferenças inatas entre homens e mulheres e a conseqüente necessidade de diferenciações sociais. A natureza já se encarregou de postular a divisão. Cabe à sociedade respeitá-la e promover um comportamento adequado. Para os iluministas, a mulher era incapaz de assumir plenamente as responsabilidades cívicas previstas no contrato social. A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais, já que, na própria natureza, homens e mulheres eram

diferentes e, mais do que isto, as mulheres eram naturalmente inferiores. No século XIX essas distinções e conclusões políticas baseadas na natureza tornam-se inquestionáveis. E a ciência, ou a medicina, só acrescenta cada vez mais novos e intrigantes detalhes que provariam a intransponibilidade da diferença.

Depois de formular esse quadro, Laqueur (1992) recorre, entre outros exemplos, a Freud e à sua 'reinvenção do clitóris' para indicar que o *one-sex model* continua presente. A noção de que o clitóris seria um pênis feminino levaria a pensar na permanência, ou melhor, na reapresentação em um novo panorama e dentro de novas configurações, desse outro modelo. Entretanto, Laqueur não foi suficientemente sensível a certos aspectos fundamentais que revelam não apenas a 'convivência' de dois modelos, mas a natureza instável e perigosa da concepção de diferença entre os sexos elaborada pelos médicos do século XIX. Neste livro, essa discussão será feita mais adiante. Por ora, é preciso ainda definir e contextualizar melhor a ênfase na distinção entre homens e mulheres.

A tese de Laqueur é reafirmada pelo trabalho de Londa Schiebinger (1987). Ao estudar a descoberta das especificidades do esqueleto feminino, a autora fornece um exemplo interessante de como a anatomia é moldada por circunstâncias sociais. Ela demonstra que é no contexto da tentativa de redefinir a posição da mulher na sociedade européia do século XVIII que surgem as primeiras representações do esqueleto feminino, provando que os interesses da ciência não são arbitrários, mas incidem sobre partes do corpo politicamente significantes. É o caso da afirmação de que a mulher tem um crânio menor, conseqüentemente menos capacidade intelectual e, portanto, menores condições de participar dos domínios do governo, comércio, educação, ciência. Ou, então, da constatação de que ela tem a pelve maior, o que prova que é 'naturalmente destinada à maternidade' e que esta função suplanta qualquer outra que possa ter na vida.

Durante os séculos XVIII e XIX, a ciência evidenciaria cada vez mais que a natureza humana não é uniforme mas se diferencia de acordo com idade, raça e sexo. Contudo, o importante é chamar a atenção para o fato de que essa nova ênfase não é apenas uma questão de desenvolvimento científico. A anatomia, por exemplo, já dissecava os corpos de homens e de mulheres, e mesmo assim as diferenças não eram salientadas. Os anatomistas explicavam as diferenças que percebiam como meramente externas, sem grande importância, porque estas não chegavam às estruturas mais profundas. No final do século XVIII, no entanto, passa-se a descrever com extremo cuidado todas as especificidades inerentes a homens e mulheres. Essa mudança de perspectiva precisa ser entendida como parte de um complexo conjunto de mudanças em diferentes âmbitos da sociedade que aconteciam naquele momento. A questão em jogo é uma nova definição da ordem social, e especialmente das relações de gênero, que se apresentavam nesse tempo tão marcadas por grandes transformações.

Uma série de desenvolvimentos científicos e sociais teria convergido para a necessidade de delimitação das diferenças entre os sexos, e mesmo para a conformação de uma ciência dedicada a tal tarefa. Em primeiro lugar, precisamos considerar o grande conjunto de mudanças que assola a produção científica e, em especial, a medicina no século XIX.

A Medicina na 'Idade do Ouro'

Até o fim do século XVIII, a medicina não tinha feito progressos suficientemente revolucionários para mudar o seu estatuto, como ocorreria no século seguinte. Mas o iluminismo havia inaugurado a possibilidade de abordar empiricamente o estudo das doenças sem tanto atrelamento aos antigos dogmas. O século XIX assiste ao nascimento do imperialismo dos fatos. O sucesso da mecânica e da astronomia estimulam os médicos a ousar utilizar a ciência experimental para explorar as doenças. Ao mesmo tempo, o rigor científico penetra pouco a pouco na clínica. O vasto e confuso conjunto das doenças precisava ser classificado, ordenado. Para isso foi necessário recorrer mais e mais à autópsia. E os efeitos da Revolução Francesa, movimento ideológico de rompimento com as crenças do passado e de culto da razão que chegara até mesmo a excluir a Igreja de faculdades e hospitais, possibilitou que Paris se tornasse o reino dos anatomistas e a França inaugurasse as transformações na medicina moderna (Tubiana, 1997).

Uma das primeiras inovações a ser mencionada consiste na reunião das condições para que o método anatomoclínico fosse se construindo. Cabanis ambicionava um discurso científico que abraçasse a totalidade da medicina e primasse pela classificação. Pinel também passava a se preocupar com a descrição precisa das doenças e suas origens. A anatomia, que se torna progressivamente objeto de mais rigor, surge como a única base capaz de fornecer os dados objetivos para que essa nosologia esperada fosse possível. E o agrupamento de todas as atividades médicas no hospital facilitava a prática das autópsias.

Paralelamente, acontecia uma mudança na mentalidade médica que permitia acreditar que o conhecimento do doente vivo poderia se apoiar no conhecimento do corpo de um morto. A introdução da morte na reflexão médica tem como grande responsável Bichat, segundo o qual o homem não morre por adoecer, mas, ao contrário, torna-se doente por ser mortal. Seus estudos baseados no conceito de tecidos e da decomposição anatômica elementar darão uma base sólida ao conceito de doença e à futura elaboração da distinção entre o normal e o patológico. A confrontação entre os sintomas e as lesões dos tecidos ou órgãos torna-se bem aceita, e Laennec e Bretonneau progridem na classificação das doenças. Laennec é também responsável pela introdução da auscultação no diagnóstico, e vale notar que ele inventa o estetoscópio por pudor, por não ousar colocar sua orelha no peito de uma jovem moça. Ao lado da auscultação, a percussão, a apalpação e a inspeção passam a constituir o novo arsenal de exame do doente.[4]

A primeira metade do século XIX assistirá ainda ao desenvolvimento da fisiopatologia, encarnada na figura de François Magendie. Magendie fará da medicina uma ciência experimental fundada em dados e não em doutrinas, e proporá que a fisiologia do homem normal caminhe ao lado da fisiopatologia do doente. Suas concepções triunfarão com o seguimento dado por Claude Bernard, que imporá a medicina experimental, estudando sobretudo as funções normais e seus desvios patológicos. No decorrer do século, Virchow tenta provar aos médicos a importância das análises

microscópicas. Mais tarde, essa trajetória será propícia para que Pasteur vença a teoria da geração espontânea e mostre a existência de diversos microorganismos causadores de doenças.[5] O cirurgião escocês Lister se valerá dessas descobertas para propor o primeiro anti-séptico, o ácido fênico. Mas a polêmica era intensa e não foi sem problemas que a anti-sepsia se propagou. É só no fim do século XIX que se observam os primeiros resultados efetivos do combate à infecção e que se torna possível a vacinação preventiva. Outro progresso inestimável, ao lado da anti-sepsia e da assepsia, especialmente para a cirurgia, é a descoberta da anestesia, aplicada pela primeira vez com sucesso pelo dentista americano Warren em 1846 (Tubiana, 1997).

As três últimas décadas do século passado serão marcadas por uma conjuntura de transformações e descobertas que incluem o desenvolvimento da química farmacêutica – com a pesquisa de novas substâncias eficazes – e principalmente a revolução instaurada pela descoberta dos Raios X em 1895 (Léonard, 1981). Mas, acima de tudo, destaca-se a impregnação dos princípios da pasteurização na terapêutica, na clínica, na cirurgia e na higiene. Para além da prevenção agora instaurada pelas vacinas, a medicina curativa se lança na batalha da desinfecção externa e também interna, por meio de inalações, injeções ginecológicas, lavagens intestinais. A clínica passa a integrar a análise bacteriológica da urina e do sangue, por exemplo. O termo 'infecção' começa a ser usado para explicar inúmeras e inusitadas doenças. A assepsia cirúrgica alarga o campo de intervenção da medicina operatória, embora tenha sido mal aceita pelos médicos da velha tradição, não habituados aos minuciosos procedimentos de pasteurização. A cesariana, a histerectomia, a extração do apêndice se tornarão recorrentes, ao lado de novas intervenções no intestino, no estômago, nos rins.

A nova fórmula adotada pelos hospitais também será representativa de tais mudanças, tanto no plano da cirurgia quanto no da higiene. Criam-se unidades distintas, próprias a cada atividade, como a sala de operações, o laboratório, o pavilhão de isolamento. Os doentes, classificados em distintas categorias, devem se adequar à nova ordem espacial do hospital. É também nessa época que se caminha para a definição do 'doente' como um personagem social. Claudine Herzlich e Janine Pierret (1984), estudando particularmente o caso da tuberculose, defendem a idéia de que foi durante o século XIX que se cristalizou o personagem do doente na forma moderna. Ele passou a aparecer tanto como indivíduo, na sua existência concreta, mas também como um estatuto coletivo, ocupando um lugar no conjunto social.

É também nas últimas décadas do século passado que os médicos deixam de ser meramente praticantes da arte específica de cuidar do corpo para se tornar homens de peso na vida cultural de sua época. Embora a maioria mais modesta continue presa à prática cotidiana, outros se dedicam a incursões jornalísticas e literárias ou mesmo a colecionar objetos de arte. Os médicos constituem uma classe de homens esclarecidos e cultivados que freqüentemente inspiram os personagens centrais dos romances contemporâneos. Além disso, muitas vezes são eles mesmos que se tornam escritores ou se lançam na crônica científica, a qual se torna moda nos jornais da época. Eles são especialmente dotados para informar aos leitores os progressos da época – como a fotografia, a eletricidade, o clorofórmio ou o Raio X – que atestam as vitórias da ciência.

O debate de idéias está na moda entre os médicos. Discutem-se o positivismo, o neovitalismo, o materialismo. O anticlericalismo ganha força ao mesmo tempo que os médicos católicos fundam suas próprias sociedades médicas (Léonard, 1981).

Os médicos inauguram também um outro olhar para a sociedade de seu tempo, seja considerando a associação entre o meio e a doença, seja reconhecendo a relação do homem no contexto de sua evolução. No primeiro caso, pode-se falar do esforço em distinguir uma série de doenças provocadas pela civilização, como as nevroses originadas na excitação e no desgaste da vida citadina. A preocupação dos médicos com a psicologia, que obviamente tem como exemplo mais marcante Charcot, levará à fundação, em 1885, em Paris, da Société de Psychologie Physiologique, dirigida, além do próprio Charcot, por Richet, Janet e Ribot. Caminha-se tanto para a criação de especialidades que dêem conta dos fenômenos modernos que afetam o indivíduo quanto para a ampliação do leque de temas de intervenção dentro da própria medicina generalista.

O debate provocado pela teoria da evolução é, antes de tudo, expressão da efervescência intelectual e da nova curiosidade e vontade de gerenciamento da vida que se solidificava na época. A emergência da teoria darwinista desloca o homem da posição de centro da criação. No caso mais extremo, embora nem sempre minoritário, a ousadia intervencionista de alguns médicos, inspirados pelo darwinismo e pela teoria da hereditariedade, propiciará o nascimento de uma corrente de pensamento marcada pelo fatalismo genético e que culminará no eugenismo. A medicina dessas décadas não só elaborou uma considerável lista de afecções supostamente hereditárias, que incluía doenças venéreas e alcoolismo, além de loucura e criminalidade, mas chegou até mesmo a prescrever o controle da procriação (Léonard, 1981).

A pretensão de intervenção médica também se coaduna com um movimento mais amplo de alteração do estatuto do médico. Os indícios mais expressivos do crescimento e alcance do poder e do prestígio médicos aparecem na larga utilização que fazem da imprensa, bem como na sua habilidade de associação e participação política. O número de periódicos especializados em medicina torna-se cada vez mais elevado. Além disso, os jornais políticos ou de informação requisitavam a presença dos autores médicos. Na política, a presença dos médicos é também cada vez mais expressiva, tanto no âmbito legislativo quanto na ocupação de cargos de governo (Léonard, 1981; Guillaume, 1996).

Essa relação com o Estado comporta uma outra faceta, a do interesse mútuo na instauração de uma política de higiene pública e de campanhas de medicalização dos indigentes e assalariados. Os médicos, resguardados pela intenção intervencionista do Estado, traçam um programa sanitário que tem como principais metas a luta contra os flagelos sociais representados pelo alcoolismo, a tuberculose, as doenças venéreas, a prostituição, a criminalidade. E mais do que o combate específico contra esses males, estava em jogo a idéia da formação de uma população saudável que garantisse o futuro de cada nação. Os dois pólos dessa política são, por um lado, a luta contra a degeneração, ou seja, contra tudo o que representasse a degradação progressiva e hereditária; por outro, o incentivo e controle do nascimento de novos cidadãos saudáveis. Neste caso, o gerenciamento da reprodução é fundamental, expresso em um interesse maior

na gravidez, no parto, no aleitamento, na puericultura e até mesmo no casamento (Léonard, 1981; Guillaume, 1996).

Nas estruturas administrativas ou nas obras sociais e associações que tomam lugar progressivamente ao longo de todo o século XIX, o médico vai delineando o seu papel de *expert* que, de uma só vez, engloba o campo médico e o social. Segundo Pierre Guillaume (1996), essa quase onipresença do médico, como ator social importante durante todo o século passado, se deve em grande medida ao ecletismo de sua formação e às disputas entre as diferentes correntes. As querelas intelectuais e profissionais, ao contrário de restringir a participação dos médicos, lhes permitiam se espraiar ao extremo. As principais polêmicas científicas e sociais podiam contar com a presença dos médicos em todos os lados, defendendo as mais diversas posições. É o que aparece, por exemplo, na luta anticlerical, especialmente dentro dos hospitais, onde os médicos exigiram a substituição das religiosas por um pessoal especializado.[6]

Ainda é interessante acrescentar, quanto à mudança no *status* do médico, a importância de uma nova crença da população nos benefícios aportados pela medicina. A revolução provocada por Pasteur associa o médico à imagem da eficácia e da veracidade dos princípios científicos. O paciente deixa de seguir simples conselhos e passa a obedecer a ordens. A era da ciência coloca o médico, ao qual só se recorre em caso de necessidade, acima do mero praticante. Nas palavras de Herzlich & Pierret (1984), o médico encarna a ciência e sua potência, tornando-se praticamente um 'sacerdote' com poderes normativos. O médico acredita-se capaz de enunciar as regras que a sociedade deve reconhecer. A isso corresponde uma crescente oficialização da medicina pelo Estado.

Os médicos passam então a advogar o direito de opinar sobre os mais diferentes temas, principalmente sobre aqueles que consideravam mais fundamentais para a manutenção de uma determinada ordem social. Em função disso, tratam de assuntos que ultrapassam o domínio mais restrito da saúde e da doença, convertendo-se em verdadeiros especialistas da sociedade. Os doutores do século XIX diagnosticam os problemas sociais e propõem as soluções que consideram mais pertinentes. É somente considerando esse quadro que se entende como a medicina passa a falar com tanta ênfase sobre a diferença sexual e, em particular, sobre o gênero feminino. Os impasses gerados por transformações nos papéis sociais ocupados por homens e mulheres eram percebidos por muitos médicos como uma importante questão social, para a qual eles pretendiam dar uma resposta que, como veremos mais adiante, estaria fundamentada no conhecimento que abstraíam da 'natureza'.

A Chamada 'Questão da Mulher'

A medicina elaborou todo um conjunto de saberes em torno da temática da diferença, muitas vezes traduzido na chamada 'questão da mulher' – expressão empregada por alguns homens de ciência e letras da época para traduzir os impasses trazidos pelas mudanças no papel das mulheres, que vinham ocorrendo especialmente na segunda

metade do século XIX. As mulheres, particularmente aquelas que viviam em condições sociais menos favorecidas, passavam a engrossar o número dos trabalhadores empregados nas fábricas. Nas classes mais altas, muitas manifestavam a vontade de exercer atividades fora do lar. De uma forma bastante significativa, mulheres de diferentes segmentos, por vontade própria ou pelas necessidades de sobrevivência impostas, abandonavam uma vida mais reclusa no mundo doméstico e cada vez mais se faziam presentes no mundo público, majoritariamente governado pelos homens.

Ao mesmo tempo, introduziam-se novas variáveis importantes na vida das mulheres e na relação com o seu corpo. É o caso do desenvolvimento das técnicas contraceptivas e de sua divulgação de forma mais ampla. A partir de então havia maiores chances de a mulher, e também o homem, conseguir controlar a sua fecundidade. No caso feminino, isso permitiria uma maior liberdade para se dedicar a novas atividades, não restritas ao ambiente do lar e ao cuidado dos filhos e da família. Nesse contexto, surgem muitos grupos feministas que passam a reivindicar direitos por meio de campanhas pelo voto, pela educação e pelo trabalho femininos (Russett, 1995; Käppeli, 1993).

Essas alterações nas funções ocupadas pelas mulheres começavam a ameaçar a ordem social estabelecida. Os cientistas, instigados a compreender as mudanças e a prescrever orientações, teriam respondido a isso com um detalhado exame das diferenças entre homens e mulheres que justificariam seus distintos papéis sociais tradicionais. Anatomia, fisiologia, biologia evolucionária, antropologia física, psicologia e sociologia construíam teorias da diferença sexual. Apesar das distinções entre as disciplinas, imperava o consenso de que as mulheres eram intrinsecamente diferentes dos homens em sua anatomia, fisiologia, temperamento e intelecto. No desenvolvimento da espécie, elas teriam ficado para trás em relação aos homens, o que as colocaria em uma posição mais próxima dos primitivos e das crianças.[7] Isso teria ocorrido porque para a espécie era prioritário o desenvolvimento dos órgãos reprodutivos da mulher, cabendo aos homens o cultivo da força física e da inteligência (Russett, 1995).[8]

Ao mesmo tempo, o estudo científico sobre a humanidade, incluindo as divisões de classe, nação e raça, tomava impulso. A biologia passava por grandes transformações, com destaque para a teoria evolucionista que iria impregnar também outras disciplinas. Elaboravam-se diversas formas de classificação dos indivíduos, enfatizando a diferenciação e a hierarquia. Entre essas formas, o sexo se constituía em um dos grandes temas de interesse da época, pois evidenciava a relação do homem com a natureza. Os cientistas preocupados com esses assuntos também eram motivados pelos movimentos de reivindicação de direitos.

Na verdade, não se pode dizer que os homens que elaboraram a chamada ciência da mulher ou da diferença sexual estavam simplesmente reagindo às manifestações feministas. É preciso, ao contrário, articular com cuidado a produção científica e as ideologias em curso na época. É possível falar de uma reação às novas posições e reivindicações encampadas pelas mulheres. Mas essa reação seria parte de um conjunto maior e muito mais complexo de tentativas de entendimento e ordenação do mundo que balizava a produção de conhecimento na época. Como diz Russett (1995), a ciência é produto de seres humanos particulares que vivem em tempos e lugares específicos e

são afetados pelas circunstâncias de suas vidas. Ela estaria, assim, muito próxima da ideologia, definida como visão de mundo expressa por um grupo que informa sua percepção e conceituação. Contudo, o trabalho realizado pelos cientistas não se reduziria à mera transcrição de sua própria situação cultural particular. Sua visão de mundo não necessariamente invalidaria sua produção. Apenas devemos contextualizá-la.[9]

No que se refere ao conjunto de teorias que conformariam a ciência da mulher, Russett comenta que é preciso considerar uma série de elementos. Em primeiro lugar, afirma que a hipótese de que os cientistas percebiam as mulheres educadas como uma ameaça a sua própria situação profissional, aos homens em geral, à família e à sociedade, é apenas uma das peças do quebra-cabeça. Eles estariam usando argumentos científicos para impedir a infiltração das mulheres nas arenas intelectual e profissional em resposta à ameaça de perda de poder e autoridade. Mas isso não explicaria tudo. A autora nota que essa era uma posição mais evidente no meio científico. Em outras áreas, era mais comum a presença de homens que defendiam os direitos das mulheres, assim como era mais fácil a entrada delas em outros mercados profissionais. No terreno da ciência essa barreira parecia ainda mais intransponível. Para explicar isso, é preciso recorrer à interação entre o conhecimento produzido na época e o contexto social (Russett, 1995).

Uma das principais reclamações das feministas em relação aos cientistas era que eles nunca as consideravam como indivíduos, mas sempre como um grupo. Os homens de ciência estavam preocupados em classificar, categorizar e generalizar, fixando seu olhar em grandes coletividades mais do que em indivíduos. Era assim que chegariam à formulação de classificações gerais e leis universais. Nessa perspectiva, supunham que homens e mulheres formavam dois grupos separados com uma relativa homogeneidade interna, definida pela idéia de uma natureza feminina e masculina distintas. Tal classificação justificaria uma nítida separação dos dois grupos também na organização social (Russett, 1995).

Outro aspecto importante seria um clima geral de apreensão e pessimismo sobre a condição da natureza humana e da civilização ocidental em particular que caracterizava o *fin de siècle*. Constatava-se que alguns grandes problemas, como a pobreza, os 'vícios', a doença mental, percebidas como ameaças ao futuro da humanidade, não haviam sido resolvidas. Além disso, privilegiava-se a hereditariedade sobre a influência do meio conformando um quadro geral no qual se destacava a noção de fragilidade da natureza humana. Em particular, o predomínio da teoria da hereditariedade teve conseqüências graves na elaboração de uma visão da impossibilidade de igualdade social e política. Liberdade, igualdade e fraternidade passavam a ser vistas como ficções metafísicas desacreditadas, herdadas do século XVIII ainda não 'científico'. Os cientistas do século XIX acreditavam que a natureza era eminentemente hierárquica e não democrática. A desigualdade parecia ter sido decretada por ela (Russett, 1995).

Com base nessa visão de hierarquia humana, algumas propostas seriam elaboradas. Programas eugênicos incentivariam a reprodução de indivíduos talentosos e bem dotados enquanto desencorajariam a reprodução dos indesejáveis. Essa diversidade humana dada pela natureza justificaria outras distinções, baseada especialmente na divisão do trabalho. As distinções de classe e *status*, ao invés de abolidas, deveriam ser

valorizadas, já que a diferenciação dos membros da sociedade garantiria o seu progresso. Com base nessa concepção elabora-se um esquema no qual o homem branco, civilizado, europeu representaria a maturidade evolutiva em contraste com a mulher, o negro, o primitivo, o não europeu. A própria natureza já definia as escalas e os valores. Os cientistas apenas serviam como intérpretes de suas determinações. A junção desse tipo de perspectiva teórica com a visão de mundo de homens educados em um ambiente de privilégio da autoridade masculina e forte distinção entre as esferas pública e privada e entre as funções sociais de homens e mulheres é que estaria na raiz da produção de conhecimento sobre a mulher e a diferença sexual no século XIX (Russett, 1995).

Esse movimento de 'reação' contra a emancipação feminina e o que ela representava pode ser melhor entendido se colocamos em cena o contexto de ascensão da burguesia. Peter Gay (1984) afirma que as mulheres que lutavam por novas posições na sociedade eram percebidas como verdadeiras ameaças à ordem burguesa e isso se traduzia na maneira como eram apresentadas pela medicina. As mulheres que reivindicavam direitos eram apontadas como 'espécies híbridas', 'não-sexuadas', 'mulheres-homens', 'degeneradas', ou então descritas como incapazes de conseguir um marido e manter uma família, além de 'vampiras' ou 'assassinas'.[10]

No final do século XIX, era comum classificar a transgressão dos padrões que definiam a modéstia feminina como uma doença. Sob as categorias da ninfomania e da histeria, por exemplo, estariam escondidos grandes receios de perturbações da ordem em decorrência das tentativas de emancipação feminina. Particularmente a histeria condensava a imagem de uma vida feminina mal regrada (Knibiehler & Fouquet, 1983; Smith-Rosenberg, 1985; Matus, 1995) ou de uma crise na identidade feminina tradicional (Swain, 1983).[11] Uma convergência de muitos fatores explicaria essa medicalização do comportamento feminino.

Groneman (1994) salienta que a noção de sexualidade doentia ou 'furor uterino' vem, pelo menos, desde Hipócrates. Mas a partir do fim do século XVIII aparecem mudanças importantes nas concepções sobre a sexualidade feminina. Até essa época prevalecia a imagem da lascívia inerente à mulher. Pouco a pouco, desenvolve-se a noção de que a mulher tem menos desejo sexual do que o homem. Mas, ela é menos racional e portanto mais fadada ao descontrole, ao passo que no homem o desejo sexual é controlável em função de um maior predomínio da razão no seu caráter. O discurso iluminista havia propagado essa imagem da racionalidade masculina em contraste com a natureza irracional das mulheres. Os médicos 'descobriam' que o prazer sexual feminino não era necessário à procriação. A Igreja encorajava a ideologia da não passionalidade feminina, também encampada pelas próprias mulheres de determinados segmentos que, em virtude da associação entre paixão ou desejo moderados e moralidade superior, podiam melhorar seu *status*, controlar mais suas vidas e expandir suas oportunidades.

O desenvolvimento do capitalismo industrial e urbano reforçou, especialmente na classe média, a divisão sexual do trabalho, apregoada pelos médicos com base nas teorias que preconizavam a restrição das atividades femininas à esfera doméstica. Ao mesmo tempo, uma nova representação da mulher como profundamente diferente do homem – calcada nas descrições médicas dos corpos de homens e mulheres – ganhava

impulso. No plano da sexualidade, elaboravam-se evidências de que as funções de mãe e esposa dominavam a identidade feminina e que as mulheres, por natureza, tinham menos desejo sexual que os homens. Elas poderiam se constituir mesmo em uma força civilizadora, capaz de controlar a paixão masculina com suas virtudes (Groneman, 1994).[12]

Desde o fim do século XVIII, a natureza da mulher vinha gradativamente sendo definida como ligada aos órgãos reprodutivos. Eis aí a estrutura no interior da qual médicos e outras autoridades fundariam as justificativas para as limitações dos papéis sociais e econômicos das mulheres. O problema é que as condições de vida das mulheres estavam mudando a partir da segunda metade do século XIX, o que contradizia a prescrição dos papéis exclusivos de mãe e esposa. Contrariamente à presumida passividade, modéstia e domesticidade, as mulheres começavam a demandar acesso à educação, a se engajar nos debates públicos sobre prostituição e direitos, a se juntar à força de trabalho, a se casar mais tarde e a reduzir o número de filhos. Enquanto os médicos esperavam definir a feminilidade como fixa e estática, ela se apresentava instável e fluida.

Esse paradoxo fica mais nítido com as contradições implícitas na construção vitoriana da sexualidade feminina. As mulheres, brancas e de classe média, eram descritas como dotadas de uma sexualidade passiva, que funcionava respondendo às investidas masculinas. Contudo, os médicos tinham de lidar com exemplos de manifestação do desejo sexual feminino fora desses limites. É o que aparece nos casos diagnosticados como de ninfomania. São mulheres cuja sexualidade está fora do controle de pais, mães, maridos, médicos e fora das leis naturais que determinariam a passividade feminina. Para Groneman (1994:342),

> *Essa doença – definida como o fim extremo do espectro sexual – incorporava os pavores vitorianos acerca dos perigos das transgressões, mesmo as mais mínimas, especialmente por parte de mulheres de camadas médias cujos papéis convencionais enquanto filhas, esposas e mães eram tidos como um bastião necessário diante das incertezas de uma sociedade em mutação.*

É nesse contexto que se desenvolve o interesse médico pela perversão e pelo desvio, ao lado do medo de que tais comportamentos, considerados anormais, fossem hereditários e incuráveis. No caso da ninfomania, as tentativas de explicação formuladas durante o século XIX se dividem entre as teorias que privilegiavam o papel do cérebro e aquelas que focalizavam os genitais. No primeiro grupo estavam neurologistas, anatomistas e frenologistas. No outro, os ginecologistas que acreditavam que as doenças dos ovários ou as desordens menstruais poderiam causar irritação no sistema nervoso, afetando o cérebro e dando origem a doenças mentais. Na procura de signos para identificar as doenças femininas, os médicos notavam que o clitóris ou os lábios aumentados seriam um indicador preeminente da lascívia feminina. O corpo mostraria as evidências ao especialista, mesmo que a paciente se recusasse a confessar o seu mal. E enquanto os tratamentos empregados por neurologistas, alienistas e outros médicos (como dietas, drogas, banhos e tratamentos morais) não curavam ninfomania, histeria ou outras doenças femininas, os ginecologistas propunham uma cura radical e definitiva. A cirurgia ginecológica surgia como o meio mais garantido de tratamento e, embora fosse o centro de muitas controvérsias, ajudou a consolidar o *status* profissional da

nova especialidade. Orientava os métodos dos ginecologistas a hipótese de que as mulheres eram dominadas por seus órgãos reprodutivos e de que todas as suas doenças em última instância tinham origem nessa parte do corpo. No caso de distúrbios mentais ligados à menstruação, se justificaria, por exemplo, a remoção dos ovários. A ovariotomia, ao lado da excisão dos clitóris ou dos lábios, era recomendada em casos de excessivo desejo sexual (Groneman, 1994).

No que se refere aos homens, Groneman argumenta que o equivalente da ninfomania era a satiríase. Mas os médicos afirmavam que essa doença ocorria com menos freqüência e gravidade que a ninfomania. E enquanto se acreditava que as ninfomaníacas tinham como destino a prostituição ou o internamento em asilos, imaginava-se que os homens eram mais capazes de aprender a se controlar. Por trás dessa diferença estava a concepção de que a mulher tinha, por natureza, menos desejo sexual, portanto, a manifestação desse desejo de forma predominante levava à suspeita de uma patologia. Os homens, por sua vez, tinham, naturalmente, mais desejo sexual, porém menos doenças provocadas pelo seu excesso. Quanto ao tratamento dos homens doentes, raramente se falava em castração ou reclusão. Aliás, os homens não eram definidos pela sua genitália. E jamais comportamentos como adultério, flerte e outros sinais que caracterizavam a ninfomania eram usados para diagnosticar a satiríase (Groneman, 1994).[13]

Estava em cena um duplo padrão de moral sexual, calcado também na noção de que o desejo sexual feminino era potencialmente mais perigoso. As mulheres mais facilmente cediam aos atrativos do sexo porque eram menos afeitas ao controle de si mesmas. As mulheres com excesso de desejo não eram apenas doentes, mas também perigosas para a família, a ordem moral, a civilização. Essa ameaça se tornava cada vez mais importante à medida que as mulheres reivindicavam simultaneamente maiores oportunidades de experiência sexual e maior autonomia.[14]

Algumas Ressalvas

Antes de prosseguir, é necessário fazer algumas ponderações sobre o enfoque pelo qual aqui se considera a prática e o discurso médicos. Em primeiro lugar, é preciso chamar a atenção para a necessidade de considerarmos a multiplicidade de discursos e atores envolvidos em um dado processo social. No caso da elaboração de uma ciência da 'feminilidade' e da 'diferença sexual', não se pode imaginar que apenas os médicos, ou apenas os homens, contribuíram, sem uma interlocução permanente com vários outros segmentos. Também não se deve supor que dentro da medicina não havia diferentes perspectivas. É possível identificar algumas linhas que se destacam ou que se tornam mais permanentes. Mas nunca imaginar que representam a totalidade das visões em interação.

Alguns autores, como Jill Matus, têm atentado para a necessidade de tal precaução. Matus (1995) discute a univocidade dos textos médicos produzidos na Inglaterra entre 1840 e 1870. Ao tratar da interface entre medicina e literatura, a autora explora as

concepções de natureza feminina e as ideologias da maternidade que circulavam na cultura vitoriana, destacando como as escritoras mulheres também participaram na elaboração das representações sobre sexualidade. Ao mesmo tempo, mostra como o discurso biomédico oferecia variadas e contraditórias versões sobre a diferença sexual, apesar de uma tônica mais geral de rígida categorização de homens e mulheres como fundamentalmente diferentes.

Nancy Theriot (1993) enfatiza que não se deve considerar a relação entre mulheres pacientes e *establishment* médico com base no modelo da vitimização, como fizeram especialmente os primeiros estudos que recuperavam esta história. A autora salienta que a relação entre ciência e gênero não tem um sentido único. Os escritos médicos refletem as idéias da cultura em geral. Assim, as relações de gênero conformam a produção médica, que, por sua vez, reforça um determinado modelo de relação. O gênero seria causa e efeito nesse processo de representações. Theriot afirma que as mulheres não eram apenas vítimas da ciência médica: eram também capazes de usá-la de acordo com os seus interesses. Tanto como médicas quanto como pacientes, elas também participaram nas definições de gênero e da ciência em curso no século passado.

Tomando o caso da insanidade ou nervosismo das mulheres, Theriot mostra a multiplicidade de atores e discursos envolvidos. Para começar, sugere que estava em jogo a disputa entre ginecologistas, neurologistas e alienistas na definição e no tratamento das doenças. Enquanto para os primeiros todas as doenças das mulheres – inclusive as perturbações da mente – teriam origem nos órgãos reprodutivos, para os alienistas e neurologistas, o mais importante eram as predisposições hereditárias e o sistema nervoso como sede das desordens mentais. Quanto às mulheres médicas, elas foram, em geral, mais favoráveis aos neurologistas e alienistas contra o 'essencialismo' dos ginecologistas, os quais inclusive supunham que o ciclo menstrual tornava as mulheres impróprias para a prática da medicina.

No que se refere às pacientes, muitas vezes eram elas mesmas que descreviam o seu comportamento 'não-feminino' (como perda de interesse pelo marido e pela família ou sentimentos 'violentos' em relação aos filhos) em termos de insanidade ou nervosismo. Também era comum a menção delas próprias a problemas nos órgãos genitais ou perturbações decorrentes da puberdade, menstruação ou menopausa como causas das desordens. Essas percepções levavam as pacientes ou as famílias a requerer o tratamento e a cura das doenças recorrendo aos ginecologistas, que muitas vezes prescreviam a intervenção cirúrgica. É difícil saber a origem das representações que são acionadas, dentro ou fora da medicina, por exemplo. Porém, é possível dizer que a teoria da insanidade e das doenças dos nervos nas mulheres, baseada no predomínio da função reprodutiva, foi predominante no século XIX porque as mulheres também 'experimentavam' suas vidas reprodutivas como problemáticas. Para a autora, era essa interação entre médicos, pacientes, família e amigos que criava os sintomas, as causas e as curas referentes às 'perturbações femininas' (Theriot, 1993).[15]

Aqui, procura-se trabalhar seguindo uma linha que não tem como ponto de partida ou objetivo descortinar como as mulheres teriam sido oprimidas ou foram heroínas desconhecidas. Tenta-se perceber em que medida a medicina do século XIX e

início do século XX definia as diferenças entre homens e mulheres. Não se procurou inicialmente fazer uma história da medicina sobre a mulher, mas sobre sexualidade e reprodução. Constatou-se, porém, que, em boa parte do século XIX especialmente, a medicina da sexualidade e reprodução era a medicina sobre a mulher, expressa sobretudo na criação de uma especialidade, a ginecologia, que se definia como a 'ciência da mulher'. Pouco se falava da importância do homem na reprodução, talvez porque não se questionasse o seu papel. Não se ousava, por exemplo, falar em esterilidade masculina. Somente com as doenças venéreas a sexualidade do homem passaria a ser tematizada mais amiúde. Mas, também é possível que se privilegiasse as mulheres por serem elas, e não os homens, que estavam vivenciando um processo mais significativo de mudanças na sua inserção social, baseado na educação, no trabalho fora de casa e na reivindicação de direitos. E foi com base nesse tratamento distinto dado pela própria medicina que esta investigação acabou se centrando mais 'na mulher', não como ponto de partida, e sim como reflexo de uma percepção singular que surge no material analisado.

Outro ponto que deve ser mencionado é o fato de que este trabalho analisa como um discurso 'científico', a medicina, produz e reproduz argumentos determinados por um certo modelo de ordem social.[16] Esta idéia, que pode parecer estranha para alguns mas óbvia para outros, merece ser observada com cuidado na consideração de um material que já traz consigo a condescendência do tempo. É muito fácil desacreditarmos ou relativizarmos os ditos dos médicos do século passado porque a história e o desenvolvimento científico nos mostraram como essas concepções estariam 'ultrapassadas'. Esta ressalva quer chamar a atenção para o fato de que os textos a serem discutidos a seguir, e que poderíamos relativizar muito rapidamente, constituem a produção científica, ou seja, a 'verdade' sobre o entendimento a respeito das diferenças sexuais e atitudes esperadas de homens e mulheres naquela época. E essa 'verdade' não se restringia ao papel ou a discursos morais, mas respaldava e orientava a própria intervenção.

A base sobre a qual se edificava o pensamento médico – mas não só ele – era a percepção de que apenas se observava o que a natureza havia criado. A medicina tinha a tarefa de decodificar os sinais emitidos, presentes nos corpos de homens e mulheres. Esses sinais, entretanto, e nisso está o mais importante, não eram apenas físicos, mas implicavam uma complexa definição das características biológicas baseada em uma determinada visão de mundo e hierarquia entre os gêneros. Nas observações sobre a puberdade feminina e masculina, por exemplo, as descrições anatômicas e fisiológicas se confundem com o 'destino' que é previsto para mulheres e homens. Assim, os médicos estariam se esforçando em definir ou traduzir para a sociedade o que seriam os modelos de corpo e comportamento adequados de acordo com as diferenças dadas pela natureza. O mais interessante é que os conceitos de natureza e de sociedade aparecem confundidos quando apresentados alternadamente por alguns médicos como uma única instância transcendente e determinante. É como se fosse permanentemente lançada uma ponte entre o mundo natural e o mundo social, entre os corpos e os comportamentos, os sentimentos e os tipos de racionalidade que lhes seriam inerentes.

Notas

1 Vila (1995), estudando a fundo esse trabalho, salienta que Roussel teria elaborado a diferença entre homens e mulheres com base não apenas nos sexos, mas considerando a definição de todo um novo sistema de sensibilidade. Sobre o feminino e sua associação particular com as emoções, ver também Castle (1987).

2 A tradução dessa citação e todas as outras em que não houver menção em contrário são da autora.

3 Foucault (1994:116), ao falar sobre o tratamento que os médicos davam aos hermafroditas, já tinha chamado a atenção para uma certa mudança na percepção dos médicos em torno do sexo no século XIX. Durante muito tempo se admitiu que os hermafroditas comportavam os dois sexos. Na Idade Média, o pai ou padrinho é que escolhia ou fixava o sexo do nascido, que poderia mudar quando adulto. O que não se permitia é que este mudasse novamente, pois, nesse caso, seria acusado de sodomia. Na época, eram as mudanças de opinião e não a mistura dos sexos em um só corpo que provocavam a condenação dos hermafroditas. Mas, a partir do século XVIII, com o desenvolvimento das teorias biológicas da sexualidade, das concepções jurídicas do indivíduo e das novas formas de controle administrativo dos Estados, a idéia da mistura de dois sexos em um só corpo passa a ser refutada. A partir de então, a cada um caberia apenas uma identidade sexual primeira, profunda, determinada e determinante. Do ponto de vista médico, os hermafroditas passam a ser considerados exclusivamente como pseudo-hermafroditas – sua 'duplicidade' sexual é apenas aparente e enganosa – e cabe descobrir qual é o seu verdadeiro sexo.

4 Técnicas como o toque retal ou vaginal só serão usadas mais tarde, já no final do século XIX (Tubiana, 1997).

5 Léonard (1981) descreve com cuidado o sucesso de Pasteur na medicina, que não se deu sem polêmicas e críticas, entre as quais o fato de este cientista não ser médico.

6 A disputa entre médicos e religiosas pelo poder na administração dos hospitais e nas formas de tratamento dos doentes foi bastante detalhada por Guillaume (1990) e Léonard (1977, 1992).

7 É importante chamar a atenção para o fato de que algumas autoras feministas se posicionavam contra essa premissa geral. Blackwell e Gamble, sem questionar o seu caráter inato, achavam que Darwin e Spencer haviam interpretado erroneamente o significado das diferenças (Russett, 1995).

8 Russett (1995) discute em profundidade os desenvolvimentos científicos do século XIX e sua relação com a criação de uma teoria da diferença sexual. A autora destaca que essa teoria se erigiu sobre quatro grandes princípios que dominavam o mundo intelectual na época: a lei da biogenética, a seleção sexual, a conservação de energia e a correlação de força e, no pensamento social, a divisão do trabalho.

9 Uma série de trabalhos interessantes tem mostrado como a ciência, natural ou social, incorpora valores e preconceitos naquilo que oferece como produto de observações

científicas 'neutras' e 'objetivas'. Schiebinger (1994) mostra como a noção de 'mamífero' aplicada à espécie humana é produzida em um contexto de exaltação da natalidade e do aleitamento. Fausto-Sterling (1992) afirma que, seja privilegiando os hormônios na passagem do século XIX para o XX, seja enfatizando o cérebro, a ciência natural tem sempre buscado as bases científicas que definiriam a diferença entre homens e mulheres, desprezando a forma como os papéis sociais e políticos interferem em suas descobertas. Hubbard (1990) segue a mesma linha de análise. Haraway (1978) discute o problema com base na primatologia. Martin (1991) relata como mesmo no estudo dos gametas os estereótipos referentes ao que seja masculino e feminino estão presentes.

10 Haller & Haller (1995) relatam como os médicos norte-americanos associavam a nova mobilidade feminina a diversas doenças, especialmente a neurastenia.

11 A hipótese de Swain (1983) não se resume a essa observação. Baseada no percurso do tratamento da histeria por ginecologistas, neurologistas e psicanalistas, a autora salienta que a histeria foi fundamental no processo de elaboração de uma nova concepção de sujeito e de relação com o corpo.

12 É importante salientar que a interação das mulheres com o discurso e intervenção médicos nas suas experiências particulares é certamente bastante diversificada. E recuperar essas nuances é algo bastante difícil, especialmente em função da escassez de registros das vozes femininas que, muitas vezes, só vêm à tona mediadas pelos médicos. Groneman (1994:357-358) aponta para esse fato e cita apenas um caso em que a própria mulher narra a sua 'ninfomania', em uma obra produzida por um médico. Nesse relato apresentado pelo Dr. Charles K. Mills em 1885, uma jovem de 29 anos admite a sua 'disposição mórbida' e o 'necessário' tratamento com a remoção do clitóris e dos ovários.

13 Showalter (1993) descreve como a cirurgia pélvica "tornou-se moda" entre as mulheres na Inglaterra do século passado. A autora relaciona isso a um fenômeno mais geral de curiosidade médica pelo corpo da mulher, que se traduz sobretudo na vontade de dissecá-lo e na utilização dos novos instrumentos de exame ginecológico. Com relação ao corpo masculino não havia tantas fantasias, e a idéia de abrir este corpo não parecia tão fascinante, talvez pelo fato de o pênis e os testículos terem localização externa.

14 Nas primeiras décadas do século XX, já se falaria mais da importância do prazer sexual da mulher no casamento enquanto se começava a ousar separar sexo e reprodução. Porém, também se acirrava a condenação das mulheres que ousavam deixar em segundo plano as funções de mãe e esposa. Mulheres com educação superior e feministas eram percebidas como masculinizadas. Ao mesmo tempo, as teorias psicanalíticas proclamavam que a maturidade sexual feminina só se dava com o intercurso heterossexual e o prazer, com a penetração (Groneman, 1994:353-360).

15 Sobre a relação entre médicos e pacientes na França, Jean-Pierre Peter (1980:87-89) ressalta que teria havido uma aproximação entre as mulheres das famílias burguesas e os médicos em virtude da ascensão desta profissão em sintonia com os valores

burgueses. Sem desprezar as reações do movimento feminista que se organizava na época e das mulheres médicas que não ficaram impassíveis diante do discurso médico predominantemente masculino, pode-se dizer que as mulheres de classe média se tornaram aliadas do médico na medida em que a concepção de mundo por ele transmitida se coadunava com sua própria moral. As prescrições quanto ao cuidado das crianças, da higiene da casa, da gravidez e do parto nada mais seriam do que uma otimização do seu cotidiano de esposa e mãe burguesa.

16 Duarte (1986, 1987) demonstrou isso a propósito do comprometimento dos saberes médico-psicológicos com uma visão de mundo calcada no ideário individualista.

2

A Ginecologia: uma ciência da mulher e da diferença

A intensa preocupação com a diferença entre os sexos pode ser vista em vários exemplos, tanto da produção escrita quanto do relato acerca de atuação prática dos médicos, como veremos posteriormente. Mas, nada melhor do que começar com o caso do surgimento de uma especialidade médica que parece ter brotado desse terreno do interesse pela diferença. Trata-se do surgimento da ginecologia, uma disciplina que cresce no bojo dos grandes desenvolvimentos do século XIX e que está intimamente articulada ao movimento científico mais geral de ordenação sistemática do mundo natural.

Ao mesmo tempo que trata dos problemas relativos à mulher e à reprodução, a ginecologia desenha os parâmetros para a distinção entre os sexos – que passa, sobretudo, pelo atrelamento da mulher à função reprodutiva, diferentemente do homem. Se recorrermos às definições expressas em alguns dicionários, veremos como, mesmo mais recentemente, aparece com clareza a idéia de que a ginecologia é uma 'ciência da mulher' em sentido amplo, como se a mulher precisasse, mais uma vez em contraste com o homem, ser objeto de mais atentas investigações. É bom lembrar que o tratamento dos fenômenos da reprodução na mulher, como gravidez, parto e puerpério, já há algum tempo constituíam o foco da obstetrícia. A ginecologia marca uma distinção com essa outra especialidade médica.

Na *Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura* (s.d.), a ginecologia é apresentada como o "ramo da medicina que estuda a fisiologia e a patologia dos órgãos genitais da mulher fora da gestação, assim como as suas relações com os restantes aparelhos e sistemas". Para a *Grande Enciclopédia Delta Larousse* (1978), a ginecologia é a "ciência que se dedica ao estudo morfológico, fisiológico e patológico do organismo feminino e de seu aparelho genital". No *Oxford English Dictionary* (1933), temos a seguinte referência: "Ginecologia: o ramo da ciência médica que trata das funções e perturbações peculiares às mulheres. Em sentido lato, a ciência da feminilidade [*womankind*]". Ou seja, estamos tratando de uma ciência dos atributos essenciais da mulher ou da sua natureza específica. A definição da *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira* (s.d.) segue a mesma linha quando define a ginecologia como "Estudo da mulher. Parte da medicina que se ocupa especialmente da fisiologia da mulher e das doenças que lhe são próprias". Na seqüência do verbete aparece ainda a seguinte citação, elucidativa, de Júlio Dantas em *Arte de Amar*: "Costumava (Sousa Martins)... dizer que a *toilette*

feminina tinha um especial interesse para o médico, e que, sobre uma página de jornal de modas, podia escrever-se um tratado de *ginecologia*". E por último temos a definição da *Enciclopédia Mirador Internacional*:

> *Ginecologia é o ramo da medicina que estuda as doenças e os distúrbios do sistema reprodutivo feminino. Dedica-se, portanto, às moléstias peculiares à mulher, isto é, aquelas doenças que têm por sede seus órgãos genitais ou que, direta ou indiretamente lhe dizem respeito. O conceito moderno de ginecologia, entretanto, não se restringe às moléstias e desordens da esfera genital feminina. É mais amplo e complexo o seu campo de ação, porque abrange a totalidade somática e psíquica da personalidade feminina, analisa-lhe o corpo e a alma como um todo integral e solidário nas suas reações aos estímulos partidos dos genitais.* (1991:5.335)

Observa-se que as definições são bastante abrangentes e podem ser resumidas na noção de ciência ou estudo da mulher. Certamente essa preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da mulher não nos causaria espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem. Nos mesmos dicionários aqui citados não há qualquer referência à andrologia, a disciplina que se teria constituído para tratar da sexualidade e reprodução no homem.[1] Quanto à urologia, só em alguns casos sua definição expressa, além do estudo e tratamento do aparelho urinário em ambos os sexos, a preocupação com os órgãos sexuais masculinos. Jamais a noção de um estudo do homem apareceu nas referências.

O trabalho de Sérgio Carrara (1996) revela como o corpo e a sexualidade masculinos serão alvo de grandes preocupações em função da sífilis e de outras doenças venéreas. Analisando a luta contra a sífilis no Brasil da passagem para o século XX até a década de 40, o autor descreve a gigantesca mobilização médica e estatal em torno dessa doença que, uma vez associada à degeneração e ao enfraquecimento da raça, se tornaria uma ameaça à constituição de uma população saudável e à ordem social. Porém, a sifilografia não corresponde, em termos de suas questões centrais, ao enfoque privilegiado que a ginecologia constrói sobre a reprodução, no caso da mulher, e também não se apresenta por definição como a ciência da masculinidade.

Carrara situa os investimentos envolvendo a sífilis no quadro de um processo de regulação da sexualidade e apreensão quanto ao futuro da população diante das aspirações do Estado. A sífilis não era uma questão exclusivamente médica, mas envolvia uma série de outros interesses[2] e processos em curso. Ao lado do alcoolismo e da tuberculose, era identificada com um grande flagelo social, o que significava que tinha origem em determinadas formas de vida e valores sociais (e aqui é preciso destacar a noção de excesso sexual e a associação entre sífilis e prostituição) e que ameaçava a sociedade. Ao mesmo tempo, colocava em jogo os direitos e liberdades individuais e a coletividade, que aqui aparece sob o rótulo de sociedade, nação, espécie ou raça.

O problema da sífilis era considerado sobretudo com base na noção de degeneração.[3] Passando de pai para filho, a doença era apresentada como uma grave ameaça ao futuro da raça e a ela se atribuiu uma série de males cuja definição pode ser considerada imprecisa. A hereditariedade sifilítica foi mesmo responsabilizada pela perversão

instintiva ou psicopatia infantil. Segundo Carrara, era um lugar-comum afirmar que a sífilis enfraquecia a população, destruía a sociedade, degenerava a raça. Este mal não somente consumia o indivíduo e a família, mas também despovoava os territórios, convertendo-se em um perigo nacional; por isso, especialmente a partir do Estado Novo, será tão insistentemente combatido.[4] Na luta contra a sífilis, foi central a discussão de medidas como o exame pré-nupcial[5] e o delito do contágio, muito ligadas às preocupações com a transmissão da doença à prole. Foi também sob os auspícios do governo Vargas que se realizou em 1940 a Primeira Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, em que a doença viria a ser discutida com base nas preocupações relativas à raça e à nacionalidade (Carrara, 1996).

Carrara chama a atenção para a forma como a construção social da sífilis esteve articulada ao processo de construção social da nação nas primeiras décadas deste século com base na idéia central de degeneração da raça:

> *A idéia de raça cumpriu assim um importante papel, pois servia de comutador entre ciência e política. Transformava a abordagem mais universalista dos cientistas – que, quando lidavam com a* sífilis, *tratavam teoricamente de uma ameaça à* espécie, *ou seja, de uma doença do ser humano abstrato e genérico – em uma abordagem mais particularista, imediatamente permeável a interesses políticos diversos, opondo, conforme as circunstâncias,* brancos *a* negros, latinos *a* anglo-saxões *e, enfim, certas sociedades-Estados a outras sociedades-Estados, como quando se falava de uma* raça brasileira, *de uma* raça francesa, *de uma* raça alemã. (Carrara, 1996:289. Grifos do autor.)

O autor também enfatiza como a luta contra a sífilis põe em destaque a construção de um novo indivíduo, capaz de se autocontrolar, o que seria uma qualidade necessária às novas estruturas políticas em processo de constituição.[6] Seguindo Norbert Elias, sugere que a consolidação e a expansão dos Estados e o desenvolvimento de um indivíduo que interiorizou os controles sociais são fenômenos complementares. Nesse sentido, "a *sífilis* se apresenta como um ponto estratégico para a observação e compreensão do modo pelo qual foi concretamente encaminhada essa transformação social simultânea na direção da exigência de um maior *autocontrole* e da própria consolidação do Estado nacional" (Carrara, 1996:292. Grifos do autor).

Carrara destaca que esse autocontrole individual se referia particularmente aos homens. No combate à sífilis estaria em jogo o controle sobre o comportamento sexual masculino. Os médicos e o Estado, por meio das medidas envolvendo a doença,

> *procuravam atingir aspectos fundamentais do poder oligárquico e patriarcal, pois, afinal, o que questionavam eram sobretudo tradicionais prerrogativas masculinas, em seu ponto talvez mais sensível, por dizerem respeito à possibilidade mesma de gerirem autonomamente seu acesso às mulheres, ou seja, aos prazeres sexuais e às alianças matrimoniais.* (Carrara, 1996:292)

Nesse momento, o corpo dos homens, até então mais indevassável que os corpos das mulheres, crianças e perversos sexuais, finalmente se rendia à medicalização. Carrara, (1996:294) afirma:

Era o poder dos homens sobre seu corpo que estava em questão, e para atingi-lo parece ter sido necessário nada menos que um mal absoluto, apocalíptico, como foi a sífilis *no período considerado. Não me parece gratuito o fato de ter sido justamente no âmbito de uma* luta antivenérea *que se tenha gestado uma andrologia, uma ciência dos 'problemas sexuais' masculinos. Parece ter sido justamente através das* doenças venéreas *que os homens se transformaram mais facilmente em pacientes, e sua masculinidade em objeto passível de intervenção.* (Grifos do autor.)

O sexo não pertencia mais aos homens, sugere Carrara (1996), como há algum tempo já não pertencia às mulheres. No contexto dos debates em torno da sífilis, a função e os próprios órgãos reprodutivos seriam vistos como propriedade menos individual do que coletiva. Afinal de contas, em primeiro lugar deveria vir a responsabilidade biológica em relação à prole. A diferença é que agora falava-se prioritariamente do homem.[7]

O interessante é que a preocupação com os homens surgiu a partir de uma doença que comprometia sua descendência, mas que incidia mais imediatamente sobre a sua própria degradação individual. A ciência dos problemas sexuais masculinos está relacionada com a doença que vem de fora ou que é decorrente do excesso sexual. Em ambos os casos, ela sinaliza uma anormalidade. É porque está doente, fora do normal, que o homem e seus órgãos sexuais precisam ser tratados. No caso da mulher e da ginecologia, estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que é, por natureza, potencialmente patológica. Como veremos mais adiante, o andamento da vida feminina, nas suas várias fases, desde a puberdade até a menopausa, é percebido como propício a perturbações e desordens e por isso exige um cuidado constante. A ginecologia é a especialidade que se constitui sobre essa lógica. A andrologia associada à sifilografia parece mais ligada às perturbações que não são inerentes ao homem, mas decorrentes de fatores que o retiram da ordem normal. A andrologia, conforme Carrara, seria a ciência dos 'problemas' sexuais masculinos. A ginecologia não se restringe a isso. Ela é apresentada como algo mais abrangente, a 'ciência da mulher'.

A ginecologia – e toda a produção em torno da sexualidade e reprodução na mulher – se constitui como um conhecimento elaborado com base na percepção de como as mulheres são distintas dos homens. Não há nada semelhante no caso masculino, ou seja, uma ciência do homem que tenha como ponto de partida a diferença entre ele e a mulher. Na verdade, do ponto de vista lógico essa ciência poderia e mesmo deveria existir. A questão em jogo, portanto, é uma assimetria que se coloca na prática, que aponta para uma relação particular entre a medicina e a mulher, para uma maior medicalização do corpo feminino em contraste com o masculino.

Ornella Moscucci (1996), que estudou o surgimento da ginecologia na Inglaterra, sustenta que a constituição deste ramo da medicina está atrelada à crença de que o sexo e a reprodução são mais fundamentais para a natureza da mulher do que para a do homem. A passagem pela puberdade, gravidez, menopausa afetaria a mulher de uma tal maneira que não há equivalentes no caso masculino. E é com base nos papéis diferenciados na reprodução que se prescrevem papéis sociais muito distintos para homens e mulheres. Os primeiros seriam mais apropriados para as atividades no mundo público, do trabalho, política e comércio, enquanto as segundas se prestariam às atividades na esfera privada da família, como mães e esposas.

A ginecologia teria legitimado essa visão. Mais do que isso, é a crença na singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilita a formação dessa especialidade que define as mulheres como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana.[8] Não é à toa que a ginecologia se desenvolve simultaneamente às disciplinas dedicadas ao estudo científico da humanidade. É a partir do Iluminismo que se intensifica a demanda de conhecimento empírico que determinaria as leis da existência humana. Além disso, os acontecimentos do final do século XVIII haviam instaurado a necessidade de rever as hierarquias estabelecidas, agora com base nas evidências objetivas observadas na natureza. Moscucci, seguindo o mesmo raciocínio de Laqueur (1987, 1992) e Schiebinger (1986), afirma: "A democracia minara a antiga base da autoridade patriarcal, e, conseqüentemente, era necessário repensar a relação entre os sexos segundo novas linhas. À natureza, não à religião ou à metafísica, cabia definir o lugar que homem e mulher ocupariam na nova ordem social" (Moscucci, 1996:3).[9]

Autores como Rousseau haviam definido as bases para a distinção das atividades nas esferas pública e privada apoiando-se na diferença sexual. A biologia feminina servia de maneira privilegiada para pensar a ordem social tomando-se por base a natureza. Esse ponto de partida marcará a produção dos médicos que escreviam durante o século XIX. Por meio de uma anatomia e fisiologia comparativas, eles pretendiam criar as bases para uma ciência da espécie humana. A taxonomia da diferença sexual era importante porque, por um lado, permitiria definir os caracteres do 'homem natural', e por outro, determinaria as diferenças entre homens e mulheres. A ginecologia, na qualidade de ciência da mulher, faz parte de um sistema de classificação mais amplo que envolvia a antropologia, a ciência do Homem. Esta relação é expressa de maneira clara nas proposições de alguns ginecologistas. James Jamieson, ginecologista e professor de medicina, escreve em 1887 que a história natural da raça humana é o objeto da antropologia, que tem como objetivo a criação de classificações distintivas entre os homens. Entre elas estariam os graus de civilização, as cores da pele, os tipos de fala. Mas, a mais fundamental e definitiva divisão é o sexo, e para dar conta desta classificação primeira, a antropologia comportaria a ginecologia e a andrologia, ou seja, os estudos das peculiaridades da mulher e do homem (Moscucci, 1996; Russet, 1995).

É nesta perspectiva que a ginecologia constitui-se com pretensões muito mais amplas do que a do simples cuidado das doenças femininas. Ela parte do estudo das próprias diferenças sexuais. Uma das suas proposições era a idéia de que essas diferenças não estavam contidas nos órgãos genitais, mas na totalidade fisiológica e psicológica dos indivíduos. O ginecologista James Oliver escrevia em 1889 que a diferença existente entre o homem e a mulher não era estampada em um único órgão do corpo mas estava na totalidade da mente e do corpo, sendo universal e constitucional. A sexualidade, ou seja, as qualidades associadas com masculinidade e feminilidade, também não era percebida como uma essência estática, mas como um processo biológico dinâmico que transcorria desde a concepção até a puberdade. Era por isso que se considerava impossível determinar definitivamente o sexo no momento do nascimento com base na aparência dos genitais. Somente com a chegada da puberdade e a definição do desejo

sexual, dos caracteres sexuais secundários, dos hábitos e traços psicológicos, poder-se-ia fazer um diagnóstico definitivo. Ao mesmo tempo, era evidente que a distinção anatômica e fisiológica confundia-se com o funcionamento de testículos e ovários. Era mediante a atividade regular desses órgãos que todas as outras características da sexualidade se evidenciavam, associadas à capacidade reprodutiva. Dessa forma, era comum falar-se da indefinição até a puberdade ou mesmo da masculinização das mulheres após a menopausa ou da feminização dos eunucos (Moscucci, 1996).

O que se impunha como necessário era o estabelecimento das características específicas de cada sexo e o que, ao contrário, seria comum ao patrimônio de ambos. Sob este empreendimento escondia-se o problema de saber qual dos dois sexos seria mais representativo da humanidade. Estava em jogo uma tensão entre a diferença e a unidade da espécie humana, cara às preocupações científicas da época. A tentativa de reconciliar o conceito da diferença sexual com a idéia de natureza humana expressava-se na fascinação pelo latente hermafroditismo ou bissexualidade da humanidade. A embriologia pode ser usada como exemplo. Os especialistas nessa área acreditavam que pênis e clitóris, escroto e lábios, testículos e ovários compartilhavam uma origem comum nos primórdios da vida fetal. Para eles, era a partir do desenvolvimento do embrião até a idade adulta que os órgãos se diferenciavam na estrutura e função. Mas, cada órgão masculino tinha um correspondente análogo no corpo feminino. A crença nesta homologia vem desde a Antigüidade, mas a medicina do século XIX a teria reformulado em termos mais contemporâneos. Embora nesta época a afirmação da diferença fosse fundamental, também era necessária a afirmação de uma unidade entre homens e mulheres (Moscucci, 1996).[10]

O parentesco admitido entre as duas metades da espécie humana aparecia em temas como 'menstruação masculina'. Referências nas décadas de 80 e 90 ainda reconheciam escorrimentos sanguíneos do pênis como provas da existência da menstruação no homem. Outra teoria contemporânea era a que defendia que as mamas eram comuns aos dois sexos e acima de tudo representativas da espécie. Neste terreno, podia-se até mesmo conceber o hermafrodita não como uma aberração ou falsidade, o que aconteceria mais tarde, mas como o representante mais legítimo da raça humana (Moscucci, 1996).

Além disso, os grandes progressos da fisiologia e da anatomia patológica propiciavam um conhecimento mais íntimo dos órgãos e dos tecidos, mostrando aos médicos as semelhanças entre o homem e a mulher. Mas, a despeito da semelhança reconhecida, os médicos irão se ocupar com a tarefa de encontrar evidências da inferioridade feminina. É certo que eles também se esmeram em descrever a 'doçura' e as 'virtudes morais' da mulher, mas, ao mesmo tempo, multiplicam as suas patologias, os seus desregramentos, causados em última instância pelo 'predomínio do seu sistema genital'. A mulher é governada pela sua fisiologia e esta fisiologia é inerentemente patológica. Perturbações ginecológicas e vacilações de espírito são devidas aos movimentos normais da 'genitalidade' feminina. Esta perspectiva dará origem a uma série de teorias explicativas das propensões criminosas da mulher, como a de Lombroso. É uma natureza feminina específica e patológica definida pelos médicos que propiciará o novo discurso da diferença (Peter, 1980).

Não se pode deixar de mencionar o impacto da obra de Darwin nessa discussão. Afinal, este autor tinha definido que a sexualidade fazia parte do processo evolutivo da espécie. Pela divisão das atividades, especialização das funções, alguns indivíduos teriam desenvolvido uma variedade de estrutura corporal e qualidades mentais que lhes garantiam vantagens reprodutivas sobre os outros. Os machos adquiriam esses caracteres sexuais no processo de luta pela posse das fêmeas. E cada vez mais eles foram divergindo delas e tornando-se superiores física e mentalmente. Esta teoria científica da diferença atraiu ginecologistas como o eminente Tait, que em 1869 se aventurou na publicação de um artigo sobre a seleção natural. Tait teve o privilégio de ser citado por seu mestre Darwin, anos mais tarde. Além disso, conta-se que no seu trabalho, no Birmingham Hospital for Women, ele examinava as mulheres procurando encontrar os vestígios físicos da existência de uma cauda (Moscucci, 1996).

Contudo, Darwin também foi importante na medida em que deu ao debate sobre a relação entre o homem e seu ambiente o tom que seria incorporado pelos teóricos ginecologistas. A obra deste autor possibilitava, por meio da idéia da ação do ambiente sobre a biologia, a concepção de que as diferenças entre homens e mulheres surgiram na história da espécie e, portanto, estavam sujeitas a modificações. Mas esse não foi o aproveitamento mais comum do darwinismo. Os ginecologistas estavam mais interessados em estudar as especificidades provocadas pela influência do clima, da dieta, da ocupação e da educação na menstruação ou na menopausa. A comparação entre as civilizações poderia determinar a construção de uma 'ginecologia etnográfica e antropológica'. Em consonância com os desafios científicos da época, os ginecologistas tentavam estabelecer os parâmetros da dicotomia entre natureza e cultura para o caso das mulheres. Alguns chegaram mesmo a afirmar que a menstruação não existia nas tribos primitivas, sendo um efeito da civilização, causado ou pelo rompimento com o antigo padrão primitivo de gravidezes sucessivas ou por uma melhora na dieta e a conseqüente geração de um excedente nutritivo eliminado pelo fluxo menstrual. Muitas vezes, era ambígua a definição do que seria natural ou cultural. O ginecologista Oliver comenta que teria sido em função da civilização e da divisão de tarefas que a mulher desenvolvera sua estrutura mais delicada. Ao mesmo tempo ele se refere a algo preexistente que determinaria esta mesma característica (Moscucci, 1996).[11]

Algumas idéias eram recorrentes para os ginecologistas. Uma delas referia-se ao fato de que as qualidades distintas eram distribuídas em graus diferentes para homens e mulheres. As capacidades intelectuais eram mais características do homem, o que ficava evidente nas medidas do seu crânio e no tamanho do seu cérebro. As mulheres eram mais dominadas pelas funções sexuais e por isso eram caracterizadas como mais físicas, instintivas e emotivas. O instinto sexual era de tal forma determinante para a mulher na concepção desses médicos que se tornou mesmo comum usarem o termo 'sexo' para se referirem à mulher. O homem, evidentemente, também era dotado de funções instintivas e emocionais, mas estas eram governadas pelo cérebro. Barnes, escrevendo no *Dictionary of Medicine*, de 1882, explica que o termo ginecologia abarca muito mais que as doenças da mulher, pois para entender as suas patologias é preciso observá-la nas relações sociais, estudar suas características morais e intelectuais,

constituindo um estudo colateral infinitamente mais importante no caso da mulher que no do homem. O conhecimento da 'mulher natural' era a fundação necessária da ginecologia. A mulher seria determinada, em seu corpo e mente, pela função sexual, fazendo com que sua fisiologia e patologia sexual afetassem o seu comportamento, com conseqüências sociais e morais que não teriam paralelos no caso do homem. A noção dessa dominação natural que se passa na mulher era tão propagada que servia para justificar sua absolvição em casos de infanticídio, por exemplo. Em momentos como o parto e o puerpério, quando as influências do sexo predominariam ainda mais na mulher, ela se tornaria física e moralmente vulnerável e não poderia ser responsabilizada plenamente pelas suas ações (Moscucci, 1996).

Supondo tal predominância da função sexual na mulher, os ginecologistas tentavam determinar como se processava essa complexa interação entre corpo e mente. Eram consideradas as relações entre instinto e razão, sentidos e faculdades morais, organização e ambiente, temas que também compunham as preocupações da antropologia na época. Mas a diferença entre a ginecologia e a antropologia residia principalmente em uma grande assimetria. Enquanto a primeira tratava da mulher, freqüentemente associada aos primitivos e às crianças, representando um homem incompleto ou incivilizado, a antropologia tratava da humanidade. E fazia isso com base no modelo do homem ocidental, branco, adulto, civilizado. E, diferentemente da ginecologia, a antropologia não se propunha a cuidar das doenças masculinas (Moscucci, 1996).

De um lado temos uma ciência do homem que é também uma ciência da humanidade, aquela que permite a instauração da diferença e a comparação entre outras unidades, as raças, os povos, as civilizações. De outro, temos uma ciência da mulher, que descreve e justifica a diferença sexual. O interessante é que ambas têm em comum o recurso a supostos dados biológicos que legitimam visões de mundo e hierarquias sociais.

Outro ponto importante se refere à consideração da mulher como mais sujeita a doenças e instabilidades e à necessidade de uma ciência específica para dar conta disso. A ginecologia se constituía com base na relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina. Em contraposição, embora existissem as doenças caracteristicamente masculinas, como as desordens na próstata e nos testículos, a patologia do sistema sexual não determinava a natureza do homem. Isso explicaria por que a andrologia, ou mesmo a urologia, como especialidades do aparelho sexual masculino, não tiveram grande êxito na época (Moscucci, 1996).[12]

Um fator importante no desenvolvimento da ginecologia foi o destaque dado à teoria ovular durante a década de 50 no século XIX. Segundo esta teoria, era a produção espontânea do óvulo que causava a menstruação, que por sua vez coincidia com o período fértil e de maior desejo sexual na mulher. A redefinição dos ovários como os centros de controle do sexo e da reprodução caminha ao lado da sua valorização como determinantes da natureza da mulher. Enquanto o útero e os seios eram representativos do papel maternal da mulher, os ovários eram responsáveis pelo instinto sexual feminino, que, em última instância, tinha a ver com a reprodução da espécie. Ao mesmo tempo, expande-se a noção da beleza feminina associada com o período fértil ou com a conformação da pelve. Por isso, mulheres na menopausa ou aquelas que tinham extraído os ovários perderiam também seus atrativos (Moscucci, 1996).

Não é sem razão que ganha impulso, ao lado da craniometria, a pelvimetria, inicialmente técnicas adotadas como meios de classificar as raças com base nas capacidades cranianas e pélvicas. O tamanho da pelve poderia ser relacionado com o tamanho da cabeça fetal, e assim dar parâmetros para a estimativa do cérebro e das faculdades intelectuais de cada raça. Mas, enquanto a craniometria era aplicada para a mensuração do cérebro no homem, na mulher a pelvimetria era vista como mais adequada. E enquanto o homem europeu era definido como superior em relação a outras raças pela medida do seu crânio, a mulher européia ganhava o título análogo, mas em termos de maior capacidade pélvica.[13] Nada mais natural, já que homens e mulheres eram especializados para funções diferentes e complementares. Essa diferença indiscutível, e até mesmo mensurável, justificava, por exemplo, a capacidade inferior da mulher para os estudos, uma vez que ela era determinada prioritariamente para a maternidade (Moscucci, 1996).[14]

O Surgimento de uma Medicina da Mulher

Como foi possível observar, a ginecologia reflete então um amplo interesse da medicina no estudo da mulher. Porém, é preciso destacar que esse é um acontecimento que só surge com tamanha intensidade no século XIX. Nem sempre os médicos se interessaram tanto em descrever minuciosamente as características particulares de homens e mulheres. E o seu conhecimento fisiológico e anatômico do corpo feminino teria ficado mais subordinado à especulação do que à observação, fenômeno agravado pelo fato de que durante muito tempo o corpo das mulheres ficara interditado aos médicos homens.

É somente a partir do século XIV que a medicina vê pouco a pouco alguns dos seus empecilhos, especialmente aqueles de origem religiosa, se enfraquecerem. É o caso da retomada das dissecações, especialmente na Escola de Bolonha e mais tarde em Montpellier. Mas, ao contrário do que se poderia imaginar, as dissecações não mudam a antiga imagem do corpo feminino como apenas uma versão inferiorizada do masculino. Entre outros fatores, destaca-se o fato de que nessa época a dissecação era obra dos cirurgiões, afastados dos conhecimentos teóricos detidos pelos médicos.

Tal separação teria origem na Reforma Gregoriana (século XII), que tenta limitar as atividades dos médicos à vida monástica, especialmente pela interdição de praticar a cirurgia. Enquanto a medicina tornou-se uma arte dos clérigos baseada na especulação, a cirurgia veio a ser uma prática reservada aos leigos, que podiam ter contatos com os corpos alheios. A separação entre cirurgia e medicina se agrava com o distanciamento dos cirurgiões do ensino médico.[15] Como conseqüência, o trabalho de dissecação dos cirurgiões estava distante de uma pesquisa para o melhor entendimento do corpo humano. Ele apenas servia para ilustrar o que as teorias antigas diziam desde muito tempo.

O italiano Mundino de Luzzi, que em 1315 dissecou duas mulheres, viu no corpo feminino simplesmente a inversão do masculino (Knibiehler & Fouquet, 1983). É a mesma imagem que aparece na *Chirurgie* (1306–1320) de Henri de Mondeville. A mulher lhe interessa exclusivamente pela capacidade de tornar-se mãe, e seus órgãos são

descritos em perfeita analogia com os órgãos masculinos. Cada órgão feminino é comparado anatomicamente ao órgão masculino e apresentado como tendo a mesma função. O corpo feminino não existia nem como especificidade anatômica, nem em um vocabulário preciso e particular (Berriot-Salvadore, 1993).

Outro dado interessante dessa época é a necessidade dos médicos de justificar por que dedicavam seu tempo a escrever sobre a mulher, um empreendimento ainda um tanto inusitado. É o que aparece, por exemplo, em *A Prática* (1556) de Arnaldi Villanovani: "Tratarei aqui, com o auxílio de Deus, do que concerne às mulheres, e como na maior parte do tempo as mulheres são bestas cruéis, tratarei em seguida da picada de animais peçonhentos" (*Arnaldi Villanovani Praxis Medicalis*, Lugduni 1556, apud Berriot-Salvadore, 1993:15).

A partir dos séculos XVI e XVII, um amplo e complexo processo de transformação, que tinha como núcleo a perda de poder por parte da Igreja, traz como uma de suas conseqüências a gradativa autonomização da medicina. Os médicos passam a praticar atividades e a desenvolver concepções antes interditadas pelo clero. A anatomia, por exemplo, ganha um impulso decisivo (Knibiehler & Fouquet, 1983).

A obra *De Humani Corporis Fabrica* (1543), de Vesálio, comporta o caráter das mudanças que ocorreriam a partir do século XVI. Segundo David Le Breton (1993), esse volumoso tratado de 700 páginas e 300 gravuras, contemporâneo à revolução de Copérnico, teria inaugurado o processo de 'invenção' do corpo humano no pensamento ocidental. O frontispício do livro (possivelmente realizado por Tiziano) representa uma aula de anatomia que tem como figura central o corpo de uma mulher com o ventre aberto, deixando ver seus órgãos internos. Uma mulher que, para escapar da condenação à morte por crime, teria alegado estar grávida, dúvida que autorizou a sua dissecação após a execução. Vesálio vive o período de passagem da ilegalidade da dissecação e do roubo de cadáveres em cemitérios para o das dissecações públicas convertidas em grande espetáculo. Apesar disso, para descrever a anatomia dos órgãos femininos ele só contou com seis cadáveres, entre eles o de "uma bela prostituta" (Le Breton, 1993:79). De todo modo, embora Vesálio tenha marcado a história da medicina pela originalidade de seu trabalho como anatomista, ele continuou vendo na mulher uma imagem do homem (Berriot-Salvadore, 1993).[16]

No século XVI o tema do papel da mulher na geração ganha uma nova expressão. A tendência é uma volta a Hipócrates e à teoria da dupla semente que formaria o embrião, fugindo da predominância de Aristóteles e da sua idéia da mulher como simples receptáculo da semente masculina. A dissecação parece confirmar essa teoria ao revelar que os chamados 'testículos' femininos também produziam uma espécie de 'semente' que, contudo, ainda é vista como inferior à masculina. A questão da qualidade da semente feminina e obviamente da mulher que a gera entra na ordem do dia, já que dela dependerá também a qualidade do feto. A preocupação com a formação física e moral da jovem futura esposa e mãe cresce à medida que aumenta a consciência de que ela toma parte na geração. A qualidade do coito também passa a ser visada. O prazer feminino é importante para a fecundação e, portanto, para a reprodução da espécie. Propaga-se a idéia de que a semente feminina deve escorrer abundantemente e que para isso é necessário o prazer venéreo da mulher, com o qual os médicos passam a se preocupar, com intuitos pedagógicos (Knibiehler & Fouquet, 1983).

Nos séculos XVII e XVIII desenvolvem-se as novas teorias científicas da procriação, baseadas em dados de observações. Anteriormente, uma descoberta significativa havia sido a descrição dos condutos que ligam os 'testículos das mulheres' à matriz, proposta pelo italiano Gabriel Fallopio em 1561. Mas, é só em 1660 que Nicolas Sténon descobre a natureza do ovário, possibilitando que em 1672 De Graaf desenvolva a teoria 'ovista'. Segundo este autor, todos os animais e o homem têm origem em um ovo contido nos 'testículos das mulheres', antes mesmo do coito. Observando os ovários, De Graaf descobre também os folículos (que ele confunde com os próprios ovos) e defende a idéia de que eles são fecundados pela *aura seminalis*, um tipo de vapor que se desprenderia do esperma masculino. Essas descobertas pareciam representar grandes inovações no entendimento da concepção. Contudo, uma forte objeção moral se fez presente. Imaginar que a mulher "poria ovos assim como as galinhas" era, por um lado, degradante para ela e para a espécie humana e, por outro, daria à mulher quase toda a honra e responsabilidade na geração, o que parecia impossível (Darmon, 1977).

A teoria 'ovista' é condenada ao mesmo tempo que progridem as observações sobre o papel masculino na fecundação. Em 1677, o holandês Louis de Ham observa ao microscópio 'pequenos animais' presentes no líquido espermático. Impressionado com a vitalidade desses 'pequenos peixinhos' que nadavam em todas as direções, ele chama a atenção de Antony Van Leeuwenhoek, que ficou conhecido por descrever esses 'animáculos' que seriam a alma animal do embrião. A fascinação com a novidade provoca uma onda de interesse nesses 'animais, 'vermes', 'insetos espermáticos', que, plenos de vida, reconquistam lugar preponderante sobre o do ovo inerte, restaurando o prestígio masculino. Logo a imaginação científica ganharia asas e passava-se a ver de tudo nos 'animáculos'. Leeuwenhoek dizia ser capaz de distinguir seus costumes, os sexos, as diferenças de idade, os momentos do acoplamento entre eles e a gravidez das fêmeas. Mas, os animaculistas eram, então, desacreditados, e especialmente atacados desde a experiência que Spallanzani realiza no fim do século XVIII. Este cientista fez a fecundação artificial de ovos de rã com esperma diluído que, acreditava ele, não continha 'animáculos'. Somente na segunda metade do século seguinte é que a função procriativa do espermatozóide seria unanimemente aceita. No fim do século XVIII ainda não se tinha uma solução precisa para o problema da geração. Muitos autores chegavam mesmo a duvidar se essas questões, tão misteriosas e divinas, seriam algum dia resolvidas pela humanidade (Darmon, 1977).

O PERÍODO DAS GRANDES TRANSFORMAÇÕES

Até o século XVI o cuidado com as doenças femininas pouco interessava aos médicos.[17] O parto era muito mais um ritual de mulheres e quem assistia a mulher neste e em outros momentos era a parteira, que até então não contava com nenhuma formação especializada, exceto por sua própria experiência. É também no século XVI que se iniciam as tentativas de regulação da sua atividade. Na Inglaterra, por exemplo, é em 1512 que se estabelece uma licença para as parteiras administrada pelas autoridades eclesiásticas. Vale notar que a Igreja sempre se preocupou com esta atividade, pois as parteiras poderiam denunciar crimes como infanticídio e aborto, certificar a paternidade

e mesmo batizar a criança em risco de vida, em alguns casos ainda dentro do útero. A evocada associação com bruxaria também incitava um maior controle (Moscucci, 1996).

Na França, as tentativas de regulação que ocorrem no século XVI também são mais sujeitas às iniciativas do clero, apoiadas pelo poder real, do que empreendidas pelos médicos. O edito de Henrique II que impõe a declaração da gravidez manifesta a intenção de vigiar os nascimentos. Igreja e Estado estão interessados em lutar contra aborto e infanticídio e contra o protestantismo, todos perigos que restringiriam o número dos católicos. A parteira torna-se suspeita, e para controlá-la cria-se uma distinção para aquelas que prestam juramento e obediência aos bispos. Na corrida contra a desonra da profissão, as próprias parteiras passam a se organizar em corporações. Em Paris elas chegam mesmo a compor um estatuto que, entre outras coisas, interditava à parteira a administração de beberagens abortivas e obrigava à denúncia das colegas desonestas (Knibiehler & Fouquet, 1983). Luís XIV, com medo de perder almas católicas, foi o responsável pela interdição formal da profissão de parteira às protestantes (Darmon, 1977). E, além disso, ele surpreendeu ao convocar um cirurgião para o parto de Mlle de La Vallière em 1663, dando exemplo à corte (Knibiehler & Fouquet, 1983).

Embora algumas parteiras, como a francesa Louise Bourgeois em 1609, já se lançassem na publicação de manuais, foram os médicos, homens, que inauguraram os rudimentos da obstetrícia e ginecologia modernas. Na França, o parteiro e grande cirurgião Ambroise Paré[18] revitalizava a idéia da versão podálica (intervenção manual do parteiro de modo a facilitar o nascimento) entre outras técnicas e fundava uma escola de parteiras no Hôtel Dieu, a mais famosa maternidade na Europa na época (O'Dowd e Philipp, 1994; Pecker e Philipp, 1994). Embora Paré fosse absolutamente contra, começa-se a falar na operação cesariana, que é descrita pela primeira vez por François Rousset em 1581.[19] É também nessa época que o fórceps é inventado por Peter Chamberlen, o velho. Este francês que tinha emigrado para a Inglaterra concebeu o instrumento em 1598, mas, com medo de uma má aceitação, guardou segredo. Só no começo do século XVIII o fórceps seria redescoberto e ganharia uma série de variações (Cutter & Viets, 1964). Mas o grande parteiro do século XVII é sem dúvida François Mauriceau, que dinamizou as técnicas de intervenção no trabalho de parto (O'Dowd & Philipp, 1994).

No século XVIII, os grandes parteiros franceses, como Viardel, Portal, Levret, Petit e Baudelocque, ganham notoriedade internacional. Baudelocque ficou famoso pelo desenvolvimento das técnicas de mensuração pélvica. A obstetrícia também se desenvolve na Holanda, onde se destaca Henri Van Deventer, e na Alemanha, onde se fundam escolas em Estrasburgo, Berlim e Viena. Nos Estados Unidos tem-se um crescente movimento de envio dos estudantes para formação na Inglaterra. Os franceses também vão se destacar por terem inaugurado a luta contra as parteiras. Enquanto os cirurgiões e médicos só eram chamados para atender aos partos difíceis, as parteiras tinham atividades tão variadas como fazer exames de virgindade – requeridos em caso de estupro ou impotência – e muitas vezes transmitir ao casal as normas quanto ao tolerável pela Igreja em termos de práticas sexuais. E além da gravidez e do parto, tratavam, por extensão, das doenças femininas. Exigia-se delas uma conduta exemplar, por se encontrarem muito próximas de práticas como o aborto e o infanticídio.

Essa fragilidade moral, ao lado das acusações de superstição e imperícia, servirão de motivos para que os cirurgiões passem a atacá-las em prol da sua maior competência. Contudo, para a época, a aceitação de um homem à beira do leito da parturiente não se dava sem problemas. Em 1705 Philippe Hecquet publica *De l'Indécence aux Hommes d'Accoucher les Femmes*, no qual defende que tocar uma mulher, mesmo nas condições do parto, é perigoso e propício à lubricidade. As mulheres devem se agarrar ao pudor e preferir a morte em um parto difícil a aceitar a ajuda de um parteiro homem. A esse ataque o eminente doutor De La Motte responde em 1718 denunciando as imprudências das parteiras. Esse tipo de polêmica deixou traços também na Inglaterra e Alemanha, com evidências de ganho de terreno para os médicos (Darmon, 1977).

A conquista dos médicos também está relacionada com a utilização de instrumentos. Em 1730 o fórceps passa a ser usado, trazendo mais prestígio para o cirurgião. Até então, este era chamado quando o estado da mãe e da criança já não inspirava mais grandes esperanças e a única manobra que restava era, freqüentemente, a prática da craniotomia. O fórceps inaugura a era em que o cirurgião consegue ampliar as chances de salvar a criança, fazendo dele uma presença mais humana. Já em 1770 pode-se notar a correlação entre um maior uso dos instrumentos e a ascensão dos parteiros.

É preciso acrescentar que esses instrumentos, em geral caros e de difícil acesso às parteiras, eram de uso exclusivo dos cirurgiões. Na França, estes conseguem proibir o seu uso pelas parteiras e chegam mesmo a impedi-las legalmente de praticar a cirurgia por conta própria, em 1755. Contudo, também entre os médicos não havia unanimidade. Na Inglaterra, por exemplo, onde a divisão entre a corporação de médicos e a de cirurgiões era muito forte, um conhecido debate separou os cirurgiões, defensores do uso do fórceps, e os médicos, que eram contra o uso de instrumentos no parto. Grandes nomes da obstetrícia na época, como Smellie, que representava a segunda geração de utilizadores do fórceps, condenaram os abusos. E William Hunter deixava transparecer que o uso de instrumentos não era bem aceito pela clientela mais refinada. Tocar uma senhora da aristocracia, sujeitá-la a instrumentos, era indelicado e abria o caminho para a perda de prestígio (Moscucci, 1996).[20]

O cirurgião parteiro enfrentava o desafio de romper a associação com a profissão tradicionalmente feminina das parteiras e ganhar a opinião da elite médica. Espelhando-se na figura refinada do médico, ele vai pouco a pouco tornando-se um profissional respeitado, que poderia se sociabilizar com a aristocracia. No transcorrer do século XVIII, este novo personagem ganha a batalha contra as parteiras, passando a ser chamado para assistir aos partos, além de acompanhar o desenvolvimento da gravidez e do puerpério e cuidar das doenças das mulheres e das crianças (Gélis, 1977, 1984; Laget, 1977, 1982). Também se desenvolvem o ensino e a pesquisa da obstetrícia. Na Escócia inaugura-se o ensino de nível universitário para parteiros em 1726, na Universidade de Edimburgo. Em Londres, na segunda metade desse século, proliferam as escolas privadas de parteiros para homens e mulheres. E com o desenvolvimento dos hospitais, criam-se unidades especiais dirigidas pelos cirurgiões parteiros. Essa conquista de espaço e prestígio a partir da prática nem sempre correspondeu a um reconhecimento pelas instituições profissionais. Na Inglaterra era evidente a discrepância entre o papel social e o estatuto legal do parteiro, que ocupava altas posições nos hospitais,

publicava livros influentes, fazia fortuna com as consultas privadas, mas mantinha pouco contato com as poderosas corporações. É somente em 1783 que o College of Physicians decide conceder uma licença em arte obstétrica, distinguindo os praticantes que se sujeitassem a um exame (Moscucci, 1996).

O contexto de produção da obstetrícia e do que veio a se chamar ginecologia mudará bastante no século XIX. E em decorrência não só de acontecimentos específicos a tais especialidades, mas de um movimento mais geral de transformação da medicina.

No plano das condições que permitiram o surgimento da ginecologia, a primeira observação a ser feita refere-se às conseqüências particulares que os progressos técnicos tiveram neste caso. Sem dúvida, a assepsia, a anti-sepsia, a anestesia foram revolucionárias para a medicina em geral. E elas constituíram também as condições técnicas básicas para que essa nova especialidade se produzisse. Até essa época, a ginecologia, ou seja, o estudo e tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas, confundia-se com a obstetrícia. Ao longo do século estes dois ramos da medicina vieram a constituir disciplinas separadas.

Na verdade, quando se considera a bibliografia sobre o assunto, produzida por médicos ou historiadores, raramente encontram-se exemplos que analisem tal distinção. Os historiadores da medicina acabam assimilando as duas especialidades que cuidam da mulher. Não se trata das especificidades do desenvolvimento de cada uma ao longo do século XIX e particularmente dos fatores que fizeram com que a ginecologia viesse a se distinguir. Embora aspectos como os progressos técnicos, a criação de instituições de tratamento e o ensino, bem como as mudanças no estatuto do médico possam em grande parte ser comuns a ambas as disciplinas, é necessário investigar os motivos da separação. Este processo interessa especialmente porque, nas últimas décadas do século passado e início deste, a ginecologia veio a ser bem mais do que uma extensão da obstetrícia, ou mesmo da cirurgia, constituindo um campo de intervenção sobre a mulher que ultrapassa em muito o simples cuidado dos órgãos reprodutivos.

Além do contexto de grandes transformações já mencionadas e de questões relativas ao corpo profissional, o que contribuiu bastante para tal expansão foi o aproveitamento diferenciado das inovações que surgiam. Enquanto a obstetrícia continuava sendo muito mais dependente da experiência clínica e da habilidade do médico em analisar e deduzir os problemas, a ginecologia, que se origina como uma especialidade cirúrgica, só se tornou possível graças às novas descobertas científicas (Cianfrani, 1960).

Na primeira metade do século, o cuidado com as doenças femininas se desenvolve sobretudo nos Estados Unidos. Foi na Universidade da Pensilvânia, onde se instalaram as primeiras cadeiras de instrução médica daquele país, em 1791, que surgiu em 1810, o primeiro departamento de obstetrícia (Cianfrani, 1960). Pouco a pouco a ginecologia se desenvolve mais próxima da cirurgia, em particular da cirurgia abdominal, sendo menos ligada à clínica médica. Nos Estados Unidos, os títulos de 'professor de cirurgia abdominal e ginecologia' tornam-se numerosos. Contudo, em função de seu conhecimento e experiência particular do corpo feminino, eram muitas vezes os obstetras que se tornavam ginecologistas. O seu treinamento na fisiologia e patologia da pelve feminina constituía um capital diferencial em relação aos outros cirurgiões que pretendiam se dedicar a essa especialidade (Cutter & Viets, 1964).

Não é sem razão que se costuma considerar dois cirurgiões americanos como os pais da ginecologia. Trata-se de Ephraim MacDowell, que em 1809 faz a primeira ovariotomia (extração dos ovários, inicialmente apenas em caso de problemas como quistos), e J. Marion Sims, que inaugura em 1849 a cirurgia de fístula vesico-vaginal (Cianfrani, 1960). Dois outros americanos, Heath em 1843 e Clay em 1844, realizaram as primeiras histerectomias abdominais (cirurgia do útero atingido por um câncer, por exemplo). Mas fatos marcantes para a história da ginecologia também vão acontecer na Inglaterra e na França. A introdução da anestesia na cirurgia ginecológica e obstetrícia só é reconhecida após a administração do clorofórmio à Rainha Vitória em 1853 durante um parto. E na França o famoso Recamier reinventava entre 1842 e 1846 a curetagem uterina, tornando possível a exploração da cavidade do útero (O'Dowd & Philipp, 1994; Gondelaud-Ros, 1989).

Como era de se esperar, a ginecologia se aproveita dos desenvolvimentos da obstetrícia. Têm destaque o progresso dos estudos da pelve, a propagação de métodos de exame como a apalpação abdominal e os progressos do fórceps, que em 1838 já podia ser encontrado em 144 variedades. A obstetrícia também ousava em novas práticas como a embriotomia (retirada do embrião que em casos difíceis poderia exigir a perfuração do crânio). Mas, sobretudo destacava-se a prática da cesariana, que nas últimas décadas do século vai se beneficiar da anti-sepsia, assepsia e anestesia, reduzindo em muito a alta taxa de mortalidade pela qual era responsável. A cesariana é aliada a outras técnicas, como a amputação uterovariana, a qual, praticada pela primeira vez em 1876, ficou conhecida como a operação de Porro, nome do seu inventor. Os obstetras também intervêm no parto por meio da provocação da sua antecipação e da sinfisiotomia ou pubiotomia, ambas preconizadas para facilitar a passagem da criança.

Além disso, a grande batalha vencida pelos médicos na segunda metade do século é a da febre puerperal. Esta infecção responsável pela alta mortalidade pós-parto começou a ser estudada com eficácia em Viena por Ignace-Philippe Semmelweis, que propôs gestos simples como a desinfecção das mãos do médico e o isolamento das pacientes contaminadas, tendo sido por isso seriamente condenado. Só com a ascensão de Pasteur o trabalho de Semmelweis foi retomado e a febre puerperal pôde ser combatida (Devraigne, 1939; Cianfrani, 1960).

Foi também nas últimas décadas do século XIX que se aprimorou o conhecimento do fenômeno da reprodução, incluindo um melhor entendimento do ciclo menstrual. O contraste com as teorias atuais é marcante. Somente em 1839 Augustin N. Gendrin tinha sugerido, mas ainda de maneira pouco precisa, que a menstruação seria controlada pela ovulação. A partir da década de 70 inicia-se uma série de estudos sobre as várias fases do ciclo menstrual, que no entanto só chegarão a resultados mais significativos no século XX. Em torno de 1900 ainda era comum admitir-se a incompetência científica diante dos mistérios do corpo feminino e em especial da menstruação (O'Dowd & Philipp, 1994). O processo de fecundação e a gravidez também eram alvo de mais atenção. O maior conhecimento da biologia da gestação, ao lado da valorização da natalidade que se propagava, fez com que se desenvolvessem os cuidados pré-natais. O nome de maior destaque neste assunto é sem dúvida o de Pinard, obstetra francês que passou a preconizar as consultas pré e pós-natais. A preocupação de Pinard com

um gerenciamento médico da natalidade e dos primeiros cuidados com a infância levou-o a se tornar o pai da puericultura (O'Dowd & Philipp, 1994; Devraigne, 1939).[21]

Todos esses desenvolvimentos estão relacionados de maneira íntima com o progresso do movimento hospitalar e com a criação de novas cadeiras de obstetrícia e ginecologia das faculdades de medicina. Freqüentemente esses dois setores estão atrelados, pois o ensino prático é realizado nos próprios hospitais. A mulher passa a ter um lugar privilegiado no hospital, seja pelo estabelecimento de maternidades, seja pela criação de unidades de consulta ginecológica. Nos Estados Unidos, a médica Elizabeth Blackell funda em 1853 a New York Infirmary for Women and Children. Dois anos mais tarde, Sims inaugura o Woman's Hospital of the State of New York. Na França, a primeira cadeira de obstetrícia apareceu em 1806 e foi confiada a Baudelocque, um dos grandes responsáveis pela ascensão da idéia da maternidade como o lugar adequado para os nascimentos. No final do século, Paris contava com três estabelecimentos especializados: a Maternité de Port-Royal, a mais antiga e a maior, a clínica de partos aberta em 1881 e que empresta o nome de Tarnier em 1895 e a Maternité Baudelocque, que, fundada em 1889, mais tarde se tornaria o modelo de maternidade por excelência (Thébaud, 1986; Esnault, 1980).

A onda de criação de maternidades e unidades dedicadas às doenças femininas precisa ser entendida no contexto mais amplo de especialização da medicina. Em Londres, a proliferação de instituições especializadas dá uma idéia desse movimento. Entre 1800 e 1890, aparecem 88 hospitais especializados, dispensários e enfermarias; destes, 22 são fundados somente na década de 60. É um movimento que já começa no final do século XVIII, especialmente com a criação de dispensários e enfermarias caritativos dedicados a cuidar dos pacientes excluídos dos hospitais, como mulheres no momento do parto, lunáticos, pacientes sofrendo de doenças incuráveis, casos de febre e doenças venéreas. A grande novidade desses estabelecimentos é que eles já eram dirigidos por médicos e não mais por filantropos. No decorrer do século XIX essas instituições expandem sua área de atuação, chegando a incluir as doenças dos olhos, ouvidos, da pele e do sistema nervoso. Nos anos 40 desse século, os hospitais especializados passam a tratar também das doenças de mulheres. Esses estabelecimentos ocuparam um lugar central no desenvolvimento da ginecologia como uma prática especializada e dotada de uma visão própria da natureza feminina. Além disso, serviram como veículos para ascensão profissional de muitos indivíduos e foram importantes no processo de criação das sociedades ginecológicas (Moscucci, 1996).

Do ponto de vista dos pacientes, até a segunda metade do século passado, a grande maioria pertencia às classes baixas e desfavorecidas. Mas, com a introdução dos novos padrões de higiene e cuidado, além da anestesia – que modificava radicalmente a percepção sobre a cirurgia –, o tratamento hospitalar torna-se atrativo para as classes superiores. Concomitantemente, os grandes filantropos, responsáveis pelo financiamento das instituições, são seduzidos pelas idéias dos médicos de que os progressos da civilização levavam necessariamente à organização da medicina em especialidades. Entretanto, havia o grupo de médicos já bem estabelecido nos hospitais gerais e que via na medicina especializada uma perniciosa influência na prática da medicina e na profissão. Durante a década de 60 do século XIX, os protestos contra a funda-

ção de instituições especializadas atingem o ápice. Os argumentos giravam em torno da noção de que a divisão da medicina encorajaria os praticantes a ver as partes do corpo e as doenças de forma isolada da totalidade do organismo, destruindo uma unidade considerada importante. Apoiado nessas idéias, o grupo dos médicos que era contra os especialistas recorria a práticas como a recusa de lhes enviar pacientes ou o impedimento de sua entrada nas associações profissionais (Moscucci, 1996).

Nos hospitais gerais, as pacientes com problemas ginecológicos eram atendidas pelo médico ou cirurgião geral. Os ginecologistas freqüentemente não tinham acesso aos leitos desses hospitais, e é por isso que se lançam na campanha da criação dos estabelecimentos especializados. Nesse empreendimento, teve um papel fundamental o argumento em torno da especificidade feminina. As doenças das mulheres eram difíceis e acompanhadas de muito sofrimento e sensibilidade nervosa, o que requeria atendentes especialmente treinados para lidar com os perigos deste excitamento nervoso. O tratamento era delicado e não poderia ser ministrado com sucesso na balbúrdia de um hospital geral. Outro argumento dirigia-se à condenação do tratamento domiciliar ainda em voga e que, especialmente nas classes pobres, não dava resultados satisfatórios. Era preciso introduzir uma disciplina moral e corporal entre as mulheres de posição social inferior. É interessante que, nos primeiros anos, alguns hospitais para mulheres tratavam pacientes com doenças crônicas ou relacionadas ao trabalho, e não apenas casos propriamente ginecológicos. Segundo Moscucci (1996), esse fato revela como o gênero servia para categorizar os pacientes de um tal modo que até a exploração econômica ficava em segundo plano.

Em 1843 funda-se em Londres o primeiro Hospital for the Diseases of Women da Inglaterra. No seu início, as dificuldades de financiamento foram consideráveis. A principal causa referia-se às dúvidas quanto à moralidade da instituição. A noção de 'doenças das mulheres' sugeria para o público a associação com doenças venéreas e prostituição, o que fez com que em 1845 o termo 'doenças' fosse retirado do nome do Hospital. Na verdade, a oposição só arrefeceria na década seguinte, enfraquecida pela fundação de hospitais de mulheres em Boston, Nova York, Bristol e Manchester. Na Inglaterra, é de se notar também a influência do protestantismo nos hospitais que pretendiam atender, além das necessidades físicas, às necessidades espirituais das pacientes. Esses e outros fatores, como a rígida disciplina interna imposta às pacientes, determinaram que a partir da década de 80 não mais se questionasse a validade desse tipo de estabelecimento (Moscucci, 1996).

Paralelamente, ainda tomando o caso da Inglaterra, progredia o processo de definição das profissões de obstetra e ginecologista. Os parteiros qualificados, assim como os cirurgiões que se especializavam na prática de tratamento das doenças femininas, ganhavam cada vez mais o reconhecimento público. Durante a década de 40, um grande debate por meio dos jornais, fomentado pelos médicos, reforçava a representação de incompetência de homens e mulheres parteiros que não tinham formação. Em oposição a eles, configurava-se a categoria dos obstetras. Mas, as tradicionais corporações britânicas de médicos e cirurgiões não abriam espaços para a incorporação desses novos profissionais e tampouco para a regulamentação de suas atividades. A formação de grupos de pressão consegue que o College of Surgeons estabeleça uma licença para parteiros

em 1852, também adotada pelo Royal College of Physicians em 1861. A aceitação de obstetras como membros oficiais do College of Surgeons só aconteceu em 1881. As exigências dos novos especialistas, até então reconhecidos muito mais pela experiência prática, foram frutíferas também no plano do ensino médico, com o estabelecimento de novas cadeiras nas escolas de Londres e do interior (Moscucci, 1996).

O momento era de grandes disputas. Por um lado, havia o problema com os parteiros desqualificados, que representavam a maioria fora dos centros urbanos; por outro, crescia o embate entre obstetras e ginecologistas. Isso sem mencionar a entrada da mulher na medicina, que representava, pelo menos nesse primeiro momento, mais um concorrente no domínio das doenças femininas. Todo esse movimento é ilustrado pela criação das sociedades profissionais. Os primeiros a se organizarem foram os obstetras, que fundaram em 1826 a Obstetrical Society of London. Já em 1865 existia a Female Medical Society, originada na luta das próprias mulheres pelo direito ao ensino médico (Moscucci, 1996). Anos mais tarde, em 1884, seria fundada a British Gynaecological Society. A história do surgimento desta última é particularmente interessante. Nas últimas décadas do século XIX, os progressos da cirurgia estabeleciam um campo novo e lucrativo para os médicos. Especialmente as ovariotomias eram praticadas em grande número. Mas, esse tipo de operação era disputado tanto pelos obstetras quanto pelos cirurgiões do abdome. Os primeiros conheciam mais sobre a anatomia pélvica e crescimento dos tumores, motivos mais freqüentes dessa intervenção, enquanto os segundos eram mais familiarizados com o tratamento das feridas. Havia uma categoria de obstetras que trabalhavam em hospitais e se destacavam pelo tratamento cirúrgico das doenças das mulheres. Pouco a pouco, dedicavam-se cada vez mais à cirurgia ginecológica, constituindo a vanguarda de uma nova geração de especialistas. Os cirurgiões tradicionais assistiram a esse advento como a usurpação de parte do seu domínio. Tentaram reagir por meio do recurso à divisão legal que os *colleges* estabeleciam entre cirurgiões e médicos. Mas os novos ginecologistas cirurgiões alegavam que a união dos dois ramos da medicina por eles preconizada era mais salutar para as pacientes (Moscucci, 1996).

Sem dúvida, outro fator em jogo para os obstetras que se especializavam na cirurgia ginecológica era a maior lucratividade desta atividade, se comparada à da prática tradicional da obstetrícia. Considerando o tempo dedicado pelo médico – muitas vezes noites inteiras, fins de semana –, o atendimento de partos não era muito lucrativo. Intervenções como a ovariotomia eram mais proveitosas, além de representarem uma possível introdução no cobiçado campo da cirurgia abdominal. Na década de 80 do século XIX, os obstetras alocados nos hospitais de mulheres chegavam a operar em casos de tumores renais ou hepáticos. O decréscimo da popularidade da obstetrícia tradicional ocorre simultaneamente ao aumento de prestígio da ginecologia. Progressivamente, cresce a disputa entre os ginecologistas e os obstetras da velha escola. Enquanto estes últimos continuavam trabalhando mais de acordo com uma tradição não-intervencionista, os ginecologistas defendiam a perspectiva cirúrgica.

Esse problema estava por trás das disputas políticas em torno da eleição para a presidência da Obstetrical Society of London em 1884. A cisão entre os dois grupos deu origem à formação da British Gynaecological Society, que no final do seu primeiro ano

de atividades já contava com 280 membros, dos quais 70 haviam sido renegados por aquela entidade.[22] Muitos tinham postos oficiais em maternidades e hospitais de mulheres. E além dos antigos obstetras, alguns cirurgiões com interesse na ginecologia também aderiram. Entre os fundadores encontra-se um grande número que havia passado períodos de estudo no exterior, principalmente em Paris. E não era raro o pertencimento a outras sociedades científicas. William Travers, integrante do conselho da sociedade, tinha sido um dos fundadores da Anthropological Society of London, em 1863. No final dos anos 80 já se definia a nova hierarquia que passaria a vigorar no campo. Os especialistas passavam a ser vistos como *experts*, com os quais os praticantes gerais deveriam aprender (Moscucci, 1996; O'Dwod & Philipp, 1994).

Vejamos agora como a obstetrícia e a ginecologia se desenvolvem no Brasil, em um contexto bastante distinto, marcado sobretudo pelas dificuldades mais gerais que afetavam a medicina de uma ex-colônia. São raros os estudos que traçam essa história. E é significativo que, nos poucos trabalhos existentes, a história seja contada pelos mesmos que a faziam.

Uma Medicina da Mulher no Brasil

A medicina brasileira sofre do isolamento e do descaso da metrópole durante o período colonial. Os médicos eram raros, já que não havia escolas e não interessava aos portugueses vir praticar a medicina em terras tão distantes. É certo que Portugal chegou a emitir alguns decretos tentando regular o exercício dos diversos tipos de praticantes e a venda de remédios, bem como se preocupava com a fiscalização dos navios que atracavam nos portos. Mas não há uma preocupação sistemática com a saúde ou, melhor dizendo, com a doença. Com a doença, porque simplesmente não existia uma intenção preventiva, a ação era mais negativa do que positiva. A isso se aliava uma imagem dos poucos hospitais existentes como lugares de doença e morte. Esses hospitais, que eram instituições privadas, administrados por ordens religiosas, só contavam esporadicamente com a presença dos médicos (Machado et al., 1978).

Esse quadro vai mudar a partir da vinda da família real portuguesa, que, entre outras transformações, inaugura um novo cuidado do Estado em relação à população, uma pretensão de organizar os habitantes do território. Paralelamente, desenvolve-se a noção da medicina voltada para a sociedade, para a saúde e para a prevenção. D. João VI cria, por exemplo, a Provedoria de Saúde, a Escola de Anatomia e Cirurgia da Bahia e manda instituir no Hospital Real Militar uma Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina. As escolas foram transformadas nas Academias Médico-Cirúrgicas. No Rio de Janeiro isso ocorreu em 1813 e na Bahia, em 1815. Progridem as idéias de uma polícia sanitária da cidade, da necessidade da urbanização, do controle da água, dos cemitérios, do porto, da alimentação. Em 1809 é criado o cargo de provedor-mor da saúde, a ser ocupado por um médico que deveria cuidar das novas medidas de higiene pública, missão que a partir de 1828 seria atribuída às câmaras municipais. É nesse contexto que se desenvolve a idéia da necessidade do aprimoramento do ensino médico por meio da criação de

instituições adequadas, notadamente de faculdades de medicina. A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi uma das grandes promotoras dessa idéia (Machado et al., 1978; Araujo, 1982; Schwarcz, 1993).

Essa sociedade foi criada em 1829 por um grupo de médicos influenciados pelas experiências francesas. Não somente dois de seus fundadores, Faivre e Sigaud, eram franceses, como os outros membros, como o doutor Meireles, haviam se doutorado em Paris.[23] Era também no projeto de medicina social elaborado que se notava a inspiração nas sociedades de medicina da França. Nesse projeto, pretendia-se, por meio da defesa da saúde pública e da ciência médica, a organização de uma sociedade ordenada e disciplinada. A Sociedade se utilizaria de jornais e revistas para publicar suas idéias, entre as quais a da normatização do ensino médico.[24] Entre 1830 e 1831, seus membros elaboraram o projeto das faculdades de medicina com base nos estatutos da Faculdade de Paris. Em 1832, eram instituídas oficialmente as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (Machado et al., 1978; Araujo, 1982).

No ano de 1835, a relação entre o Estado e a Sociedade de Medicina se consolida e esta é transformada em Academia Imperial de Medicina. As proposições dos médicos em prol de ordem para a sociedade brasileira vinham bem a calhar em um momento no qual se propagavam epidemias e despontavam revoltas, como a Cabanagem e o início da Guerra dos Farrapos. Além da intensificação da relação com o Estado, esse período será marcado também pelo aumento do controle interno dos médicos, que seriam punidos se faltassem às sessões da academia, não cumprissem as funções para as quais tinham sido encarregados, não pagassem as mensalidades ou, ainda, apresentassem uma conduta depravada, publicassem anúncios nos jornais ou fossem envolvidos na prática do aborto ilegal.

Mas, nessa época os médicos também começam um esforço significativo visando ao controle da higiene pública. Uma de suas batalhas foi contra as câmaras municipais, que eram as encarregadas do controle sanitário mas percebidas pelos médicos como incompetentes. Ao mesmo tempo, por meio da oferta de assessoria às câmaras, como a emissão de pareceres sobre febres, epidemias, casas de saúde, a Academia de Medicina divulga os seus propósitos e instiga à criação de uma demanda pelo conhecimento especializado. Além disso, vários médicos penetravam nessas instituições valendo-se dos cargos – como o de vereador, por exemplo – que ocupavam (Machado et al., 1978; Araujo, 1982).

Com a divulgação de seus propósitos e a participação no combate a ameaças como as epidemias, a medicina vai reafirmando perante o Estado e a sociedade a sua importância, o que irá contribuir para que a intervenção do poder público sobre a população ocorra de uma maneira decisiva. A Academia de Medicina, por exemplo, fomentou a idéia da necessidade de um conhecimento mais objetivo da população, por meio do recolhimento de dados que possibilitassem a elaboração de análises e prognósticos mais positivos. E também uma melhora na comunicação e na administração públicas que facilitasse a aplicação das medidas sanitárias. Ao mesmo tempo, a classe médica aumentava sua presença direta na política e também passava a expandir sua influência em várias instituições importantes, como o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (Machado et al., 1978).

Durante toda a primeira metade do século XIX, a Academia de Medicina defenderá o seu projeto de uma sociedade medicalizada no qual o direito, a educação, a política e a moral seriam condicionados à verdade primeira definida pela medicina. Isso se expressa, por exemplo, na defesa da medicina legal. Desde a década de 30 a academia se empenha em criticar a legislação e a administração da Justiça como incompetentes. Em contraposição, pretende que a justiça seja baseada na verdade e imparcialidade científicas, a única garantia inquestionável para a liberdade e segurança do indivíduo. A medicina legal deveria ser chamada não só para estabelecer a verdade sobre um crime mas também para orientar e regular a época do casamento e da maioridade, a legitimidade dos filhos, o direito de paternidade etc. Quanto à política, os médicos associam medicina e patriotismo, tentando mostrar a importância para a nação de contar com cidadãos saudáveis. Ao mesmo tempo, defendem a sua entrada nas instituições públicas, como as câmaras municipais. O privilégio da educação, nem sempre apoiado pelas famílias, também é pregado pelos médicos, que a percebem como meio fundamental para se avançar em direção ao progresso e à civilização. A moral interessa aos médicos na medida em que ela faz parte, juntamente com o físico, do estabelecimento do equilíbrio ou das doenças do indivíduo. É com base nesse equilíbrio que todos os excessos, as paixões, os vícios precisam ser disciplinados. E como a medicina é a detentora do conhecimento sobre o homem e seu organismo, incluindo as influências que ele sofre em função do estado social em que vive, ela deve ocupar o posto de frente na batalha em prol de uma sociedade organizada, livre das desordens provocadas pelos desregramentos individuais. A idéia da temperança, continência, moderação nos costumes, está por trás da noção de uma república dos médicos (Machado et al., 1978).

Como forma de evidenciar a importância e a correção do seu papel na sociedade, os médicos se esmeram em denunciar os charlatães, representantes da desordem e da incompetência a serem combatidas. Eles iam contra a ciência, com a propagação de métodos irracionais, e da saúde pública, na medida em que atrapalhavam a ação do médico. É justamente em nome da saúde pública que os médicos vão exigir do Estado o combate ao charlatanismo, assegurando a sua posição de detentores oficiais e legítimos do saber sobre o corpo e a saúde. Os anos de estudo e o diploma garantiam sua competência, em contraste com o empirismo, a irracionalidade e o interesse pessoal dos diversos praticantes, entre eles as parteiras, que se multiplicavam por todo o Brasil. Um contraste importante é que, enquanto os médicos mantinham a discrição e condenavam a publicidade mas divulgavam os seus métodos entre os próprios pares, os charlatães operavam por meio da propaganda, de anúncios nos jornais, ao mesmo tempo que mantinham em segredo os medicamentos e as técnicas de cura que utilizavam. Opondo-se a esse caráter egoísta e mercantilista, a Academia de Medicina cria uma comissão de consultas gratuitas. Mas não só os charlatães desqualificados eram alvo de reprimendas. Os médicos, cirurgiões e farmacêuticos que anunciassem em lugares públicos ou na imprensa a cura e a venda de remédios secretos seriam rejeitados pela academia (Machado et al., 1978; Araujo, 1982).

A necessidade de controlar a prática da medicina, agravada especialmente pela propagação da homeopatia, gera, a partir de 1846, a discussão sobre um projeto de lei de saúde pública na Academia de Medicina. Mas, por uma série de problemas, entre eles a

própria divisão interna entre os médicos, só mais tarde tal discussão apresentará resultados. É em 1851 que o governo, também interessado em uma nova regulação, cria a Junta de Higiene Pública. A parceria entre a medicina e o Estado perduraria durante todo o século XIX e é indicativa de como o projeto de uma medicina social terá conseqüências efetivas. A medicina também se propõe assessora do Estado, na medida em que a neutralidade da ciência garantiria a sua atuação acima dos interesses políticos individuais (Machado et al., 1978).

Pouco a pouco nasce uma nova medicina, em termos tanto das formas de conhecimento quanto do seu modo de intervenção. Ela se torna social e preventiva. O médico deve atuar vigiando as causas das doenças e protegendo os indivíduos contra o que possa interferir no seu bem-estar físico e moral. Para tanto, a medicina, que é também uma ciência da observação, deve conhecer o meio em que o indivíduo vive e buscar informações auxiliares nas outras ciências, como a geografia, a história, a economia. A estatística adquire uma importância capital, na medida em que se define como o estudo da sociedade, do solo, do clima e das populações. Está implícita nessa concepção de medicina uma relação entre o natural, o ambiente no qual o homem vive, e o social, como ele reage à influência do meio. O clima e a raça são fatores de destaque. A morbidade e a mortalidade, noções básicas da nova ciência, são estudadas com base nas diferenças de classe, raça, regiões, campo e cidade etc. A medicina representa um conhecimento polivalente sobre o homem que se inscreve num projeto de evolução em direção à civilização. A saúde e a ordem preconizada pelos médicos são vistas como condições imprescindíveis para a geração de uma população de cidadãos, entendidos como indivíduos que cumprem seus deveres e se guiam pelo conhecimento e pela razão, e não pelos instintos. É nesse sentido que a medicina se torna também política (Machado et al., 1978).

Como expressão clara desse processo, pode-se citar a noção de polícia médica, recorrente nos textos médicos do século XIX, orientada pela defesa – por meio de um controle regular exercido pelos médicos – do bem-estar físico e moral, contra os perigos que a vida em sociedade pode apresentar. Esse projeto de intervenção tem como base a elaboração, por parte dos médicos, de uma teoria social centrada sobretudo na análise do meio urbano, local de grande concentração de indivíduos, de contato desregulado, de condições de vida insalubres. A prevenção médica é garantia não somente de saúde, mas de segurança pública das cidades. Analisam-se as causas naturais da desordem, como a situação geográfica, a presença de pântanos e montanhas, a circulação do ar e da água, e também as intervenções humanas, como a presença de fábricas e hospitais insalubres, que contribuem para fazer da cidade um ambiente nocivo (Machado et al., 1978).

O projeto de intervenção médica só foi se consolidando à medida que as condições de ensino e de uma produção médica mais regular foram se tornando possíveis. A década de 70 marca uma passagem importante. Até então, a medicina brasileira ressentia-se da falta de condições que possibilitassem um desenvolvimento mais acelerado. E a desorganização das faculdades de medicina muito contribuía para isso. A insuficiente preparação dos professores, a escassez de material didático e a falta de assiduidade compunham o panorama geral. Mas, a partir dos anos 70, o perfil e a produção científica das escolas começam a mudar, com a criação de novas publicações, cursos e grupos de

discussão. O contexto – ameaça das epidemias, Guerra do Paraguai e crescimento dos problemas decorrentes da vida urbana – contribuiu para o aumento de importância da medicina (Schwarcz, 1993).

Uma década depois, já teríamos o chamado período áureo da medicina nacional. Um dos fatores que teria contribuído para esse sucesso seria a reforma do ensino médico empreendida pelo Visconde de Sabóia. Na verdade, a reforma da instrução pública havia sido decretada pelo ministro Carlos Leoncio de Carvalho em 1879, mas as propostas para a medicina eram tidas como demasiado progressistas e inexeqüíveis. Será o Visconde de Sabóia, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, quem vai introduzir modificações e colocar a reforma em prática. Entre 1881 e 1889 assiste-se a uma remodelação do ensino, dos costumes e das instalações da faculdade carioca, em uma época em que também progridem o conhecimento e o prestígio médicos (Araujo, 1982).

Havia uma grande pressão para que o ensino e prática médicas se renovassem. Como resultados desse movimento, além da reforma do ensino, ocorreram as reformulações da legislação sanitária de 1882 e 1884, a criação da Policlínica do Rio de Janeiro, em 1882, do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro, em 1888 e os primeiros congressos médicos nacionais, em 1888 e 1889. Além disso, entrava em cena uma crítica à chamada medicina oficial, expressa principalmente na relação entre a Academia Nacional de Medicina e o Estado. Começa a se formar uma rede institucional alternativa. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, criada em 1886, seria um dos elementos mais importantes nessa rede. Essa sociedade pretendia criar um espaço para o debate médico livre das pressões que sofria a academia devido à sua ligação com a Monarquia, além de ser muito mais flexível ao ingresso de novos membros. Mas em pelo menos um ponto se aproximava da Academia Imperial de Medicina: a utilização do pertencimento à entidade como um meio para se ocupar uma posição na elite médica. A filiação a uma das duas instituições abria as portas para se chegar ao estrato superior da hierarquia social da medicina (Ferreira et al., 1998).[25] É também nesse período que a imprensa médica passa por um processo de proliferação sem precedentes, com destaque para o aparecimento, em 1887, do *Brazil Medico*, ligado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e da *Gazeta Medica da Bahia*, criada em 1866. Esses dados nos dão indícios dos processos de mudança pelos quais passava a medicina brasileira durante o século XIX.

A obstetrícia e a ginecologia

A história da ginecologia e da obstetrícia no Brasil, assim como da medicina em geral, é marcada pelas dificuldades relativas à formação e à prática durante a época colonial e por um processo de crescente institucionalização a partir do começo do século XIX. Muitas vezes, a formação dos primeiros médicos e a confecção dos primeiros tratados portugueses direcionados à prática da arte obstétrica são apresentados como os marcos iniciais dos rudimentos de uma especialidade que, com grandes dificuldades, chegava ao Brasil colonial. Como para o restante da Europa, a medicina praticada na metrópole ressentia-se da divisão entre a prática médico-cirúrgica, realizada por

indivíduos 'pouco instruídos', e a medicina propriamente dita, caracterizada pela ausência de conhecimentos anatômicos.[26]

Ainda durante o século XVI vigorava em Portugal a noção de que a cirurgia era tarefa de homens rudes e ignorantes. Esse é um dos motivos pelos quais a obstetrícia, que pertencia àquele ramo da medicina, era prioritariamente deixada a cargo das mulheres. Somente nos casos mais graves é que se recorria a um cirurgião ou médico. Raros são os volumes que expressam a dedicação dos estudiosos lusitanos a este tema. A primeira contribuição reconhecida é o livro *De Formatione Hominis Tractatus*, escrito por Pedro Julio em 1523. Em 1551 temos o tratado *Centuriae Medicinalis*, de João Rodrigues, que estuda como o apetite alterado das grávidas pode provocar defeitos físicos nos filhos, além de relacionar um caso de gravidez de uma mulher solteira fecundada na prática do tribadismo com outra mulher casada. Já a obra de João Fragoso, *A Cirurgia Universal*, editada em 1608, incorporava os preceitos do famoso parteiro francês Paré.

Pouco a pouco os tratados começavam a incluir as questões obstétricas e outras referentes à saúde da mulher. No século XVIII surgem os manuais que se dignam a tratar especificamente desses assuntos. Os estatutos universitários de Coimbra mencionam em 1772 o ensino da arte obstétrica como um ramo da cirurgia manual. Contudo, ainda se considerava indecente que os homens atendessem as parturientes. Já na passagem para o século XIX começam a amiudar os estudos obstétricos, e os médicos portugueses servem-se com freqüência dos mestres estrangeiros como Mauriceau, Dionis, De La Motte, Smellie e Manningham. É a partir dessa época que se notam maiores preocupações em modificar e melhorar as condições do ensino e da prática da medicina, o que se refletiu também no Brasil (Magalhães, 1922).

Até então, as longas distâncias entre os povoados, a escassez de bens de toda ordem e outras dificuldades desestimulavam os médicos formados na Europa. A carência de médicos era de tal ordem que em 1799 o Vice-Rei Conde de Rezende escreve ao Senado solicitando que se enviem estudantes à Coimbra ou Lisboa a fim de retornarem instruídos em medicina e cirurgia. O que se encontrava com mais facilidade por estas terras eram os chamados cirurgiões aprovados. Ganhavam este título aqueles que se submetiam a um exame, diante do delegado do cirurgião-mor, que constava de algumas perguntas teóricas (que incluíam obstetrícia) e de informações sobre o exame prático. A brevidade da formação desses praticantes também caracterizava as parteiras. É certo que elas deveriam se submeter a um exame para obtenção da carta que regularizava a profissão. Mas, na prática, o fato de a grande maioria não saber ler nem escrever, o que impedia a realização da prova, levava à expedição das cartas mediante apenas o pagamento dos emolumentos (Magalhães, 1922).

As parteiras ou comadres destituídas de conhecimento formal faziam uso de um complexo conjunto de estratégias e produtos de tratamento. Aos remédios da flora brasileira ou mesmo de maravilhosos elixires importados se juntava um sem-número de rezas, simpatias e prescrições. Os médicos só eram chamados nos casos mais graves, de doenças mais sérias ou de partos complicados que colocassem em risco a vida da mãe ou da criança. Alguns depoimentos coletados por Magalhães (1922) atestam a raridade com que se solicitava a presença de um médico no momento do parto, muitas

vezes em virtude do ‘excesso de pudor’ em relação ao profissional homem. Além disso, as enfermidades femininas não eram dignas de sua atenção. De um modo geral, a medicina até então não intervinha no aparelho genito-urinário.[27] O tratamento, quando feito por médicos, era apenas de caráter clínico e paliativo. Isso devido, em grande medida, ao parco conhecimento sobre as próprias doenças, especialmente as que se manifestavam mais amiúde nos corpos femininos (Santos Filho, 1991; Magalhães, 1922).

Já no século XIX, mais precisamente em 1809, a chamada arte obstétrica passa a ser lecionada na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e a cadeira de Partos, que constava do currículo das Academias Médicas Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia, é integrada definitivamente quando estas se transformam nas prestigiadas Faculdades de Medicina, criadas em 1832. A partir de então, inúmeras afecções ginecológicas são descobertas e diagnosticadas pelos médicos brasileiros, que passam a olhar os males que acometiam as mulheres com um certo cuidado. O ‘quisto’, por exemplo, tumor de caráter benigno que aparece no ovário, torna-se alvo de uma série de estudos e teses nas faculdades de medicina. Seu tratamento paliativo empregava purgativos, sudoríferos, antiinflamatórios, preparados contendo ouro, iodo e chumbo, enquanto a cura consistia na perigosa ovariotomia, motivo de grandes discussões. Outro fator de grande preocupação dos cirurgiões da época, em função da dificuldade de tratamento, eram as fístulas vesico-vaginais, resultantes de manobras intempestivas e de partos malfeitos. Mas, durante a maior parte do século, foram as manifestações relativas à concepção que preocuparam os médicos (Santos Filho, 1991).

A cadeira de Partos era a única relativa especificamente ao corpo feminino que já fazia parte do currículo das faculdades desde sua criação. No início do século, essa parecia ser uma matéria ainda pouco digna de maiores atenções. Além disso, investia-se muito mais, e aí os médicos exerciam sua autoridade, na regulamentação das práticas das parteiras mulheres. Já em 1832 estava criado um curso de partos para essas senhoras, para que aprendessem de acordo com os preceitos da ciência a correta maneira de atender as mulheres no momento do parto e os primeiros cuidados com a criança. Passou-se a propagar a idéia das parteiras com certificado concedido pelos médicos. Estas tornam-se as mais legítimas e requisitadas pelas famílias mais poderosas e civilizadas. É nessa época que também desembarcam no Rio de Janeiro parteiras francesas formadas em seu país, trazendo novas técnicas e prescrições. Muitas ganham fama e prestígio, gozando de um *status* pouco comum às mulheres de sua época (Santos Filho, 1991). Maria Mott (1992, 1994) salienta esta especificidade das parteiras, chamando a atenção para o fato de combinarem a esse prestígio uma certa repulsa, uma certa marginalidade que teria a ver com o desprezo mais geral sobre as manifestações do corpo feminino. De qualquer forma, algumas, como Madame Durocher, tornaram-se célebres por partos famosos ou pela quantidade de crianças que trouxeram ao mundo.

Também para Jorge de Rezende (1922) o exercício da obstetrícia no Brasil só começa a se modificar com a chegada de parteiras estrangeiras e com a instauração do curso de partos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A partir da década de 40, tanto o *Jornal do Commercio* quanto o *Almanak Laemmert* oferecem vários exemplos da chegada de parteiras vindas de fora, especialmente da França, e que passam a anunciar seus préstimos à sociedade carioca. Na mesma seção de anúncios dessas

publicações apareciam as primeiras casas de saúde ou maternidades privadas. Gradativamente, o cuidado das mulheres se firmava como um domínio específico e mais valorizado. Alguns médicos passavam a incluir entre as suas especialidades o tratamento das doenças de senhoras e a assistência aos partos. É digno de nota que entre estas especialidades poderiam estar agrupadas coisas tão díspares como o cuidado dos olhos e das vias urinárias, as moléstias do útero, o estreitamento da uretra, problemas de garganta etc.

É importante ressaltar que vinham da França não apenas parteiras. À sombra de um movimento mais geral para a medicina brasileira, a obstetrícia e a ginecologia também passam a ter as suas principais bases de influência na França, ao contrário dos primeiros séculos da Colônia, quando as referências eram basicamente ibéricas. A relação com a França também era visível na literatura, nos costumes, no comércio da época. Os estudantes das faculdades de medicina familiarizavam-se com o idioma francês, estudando tratados originados naquele país. Depois de formados, seguiam a mesma orientação, por meio do recurso a manuais e revistas especializadas bem como da ida a Paris para a realização de estágios e aprendizado. De acordo com Lycurgo Santos Filho (1991:175), "guardadas as devidas proporções, a Medicina brasileira foi, então, uma cópia, uma réplica da praticada em França". Além disso, chegavam também ao Brasil as teorias e o conhecimento desenvolvidos em outros países da Europa, especialmente Inglaterra e Alemanha. A precariedade das condições para a realização de estudos originais fazia com que se importassem a teoria, a orientação, os métodos clínicos, a técnica cirúrgica e a terapêutica. Nas primeiras décadas do século, teorias como o animismo, o vitalismo, a irritabilidade e a incitabilidade, vigentes na Europa, contavam com muitos adeptos no Brasil.

Alguns importantes médicos brasileiros vêm formados de Paris e de lá trazem novas técnicas e novos conhecimentos. Mesmo manuais como o *Leçons sur les Maladies des Femmes*, escrito pelo inglês Charles West em 1856, e que se torna aqui a principal fonte de ensino da ginecologia, são usados na versão francesa. Vêm da França também os médicos especialistas requisitados em casos famosos. Certamente, o mais citado é o que envolveu a Princesa Isabel. Um médico famoso na época por ser um grande obstetra, Luís da Cunha Feijó, Barão e Visconde de Santa Isabel, foi o parteiro da herdeira do trono, quando do nascimento do primeiro filho. A gravidez tinha sido muito esperada e só ocorrera depois de tratamentos com banhos de mar e uma longa permanência em Caxambu. Diante de um parto complicado, Feijó, para salvar a mãe, sacrificou a criança praticando uma craniotomia. Tal opção provocou grande celeuma entre os médicos da época, estampada nos jornais do Rio de Janeiro. Um dos resultados do fato foi que, quando em 1875 a princesa estava novamente grávida, seu marido, o Conde d'Eu, fez vir de Paris o obstetra Jean Anne Henri Depaul, que assistiu ao nascimento de D. Pedro.

Segundo Santos Filho, o médico retornou a Paris satisfeito com os 'honorários elevadísssimos' e uma fortuna recebida em troca de numerosas consultas em Petrópolis. Mas, de volta à França, uma entrevista descortês e injuriosa contra os brasileiros provocou a revolta de muitos cidadãos locais. A polêmica se agravou quando a princesa, novamente grávida, requisitou o médico em 1878. Sua presença foi motivo de numerosos ataques a ele e ao casal imperial na imprensa carioca. A gravidade do caso fez com

que em 1881, quando esperava outro filho, a princesa optasse por ir para Paris, onde nasceu D. Antônio, mais uma vez sob os cuidados de Depaul (Magalhães, 1922; Santos Filho, 1991; Rezende, 1983).

Nessa época, os médicos brasileiros já ostentavam o conhecimento de técnicas consideradas sofisticadas para cuidar dos partos. E diante de declarações como a do Real Colégio dos Médicos de Londres, de que não era digno de um médico assistir a parturientes, os médicos locais se colocavam à disposição para resolver com sua autoridade os casos mais difíceis, que exigissem seu conhecimento e maestria. Nestes casos, praticava-se a manobra de Mauriceau (técnica usada quando o feto apresentava-se em posição complicada, desconhecida das parteiras), o fórceps (instrumento ausente na medicina do período colonial) e a operação cesariana. Cada uma dessas técnicas era sempre alvo de discussões e polêmicas entre os especialistas, já preocupados com o bom gerenciamento das funções reprodutivas femininas e suas conseqüências. O caso da anestesia com clorofórmio durante o parto também foi alvo de debates, especialmente porque se temia a loucura puerperal ou perturbações na saúde da criança (Santos Filho, 1991).

A prática das parteiras também é cada vez mais visada. Exige-se das parteiras francesas que chegam ao Brasil, como também das brasileiras, um exame aplicado por médicos delegados para que o diploma de parteira seja registrado nas câmaras municipais. Apesar disso, o recurso a 'comadres' ou 'curiosas' – segundo os médicos, pessoas sem nenhuma habilitação – continuou comum. A isso era atribuída a freqüente infecção puerperal, dada a falta de higiene e assepsia. Além disso, os médicos combatiam-nas também pelo fato de conhecerem e executarem técnicas de aborto, segundo eles, em qualquer solicitação (Santos Filho, 1991). O seguinte comentário, do médico Alfredo Nascimento (1929:16), sobre a atividade das parteiras durante a Colônia ilustra tal perspectiva:

> *Mais precário [que o ofício de boticários, barbeiros e sangradores] era ainda o mister de parteira, exercido por mulheres inteiramente incultas, brancas, caboclas e negras, apelidadas Comadres, que, além de partejarem, curavam das doenças ginecológicas e de outras médicas e cirúrgicas, elevando-se ao papel de curandeiras, usando de bruxedos, rezas, benzeduras e outras superstições. As casas que habitavam tinham à porta, como conhecido emblema indicador, uma cruz branca; levando debaixo das manilhas cartas de alcoviteiras, feitiços e pussangas, lá conduziam também, a abandonar nas ruas e recantos, os produtos das práticas ilícitas e criminosas a que essa profissão se presta e a que sem escrúpulo se entregava.*[28]

Cada vez mais, os médicos vão tomando a frente no gerenciamento da saúde feminina e da reprodução. Vão se especializando e investindo na normalização das práticas relativas ao corpo feminino. A influência das parteiras é crescentemente defasada. Quando surgem as primeiras maternidades no Rio de Janeiro, as parteiras diplomadas são convocadas ao trabalho, mas sob o controle absoluto dos médicos (Santos Filho, 1991). A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres no final do século XIX ultrapassa em muito o domínio dos consultórios. E principalmente ultrapassa o domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico,

para se instalar no domínio do moral. A crescente especialização médica sobre o corpo feminino aliada ao clima intervencionista mais geral que caracteriza a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo.

O ensino médico, a assistência e a institucionalização

No que se refere ao ensino da obstetrícia no Brasil, seus marcos são os mesmos da medicina em geral. É com a chegada do Príncipe Regente D. João VI que se assiste à criação das escolas de anatomia e cirurgia médicas na Bahia e no Rio de Janeiro, nas quais se ensinava também a arte obstétrica. O responsável pela inauguração dessas escolas foi José Corrêa Picanço, médico que acompanhara D. João VI na viagem ao Brasil. Entre várias atribuições, Picanço era também o parteiro da Imperatriz D. Leopoldina. Outro nome importante para os primórdios da obstetrícia no Brasil foi o de Joaquim da Rocha Mazarém, em 1809 designado como lente de anatomia, que incluía o ensino sobre partos no curso médico do Rio de Janeiro (Magalhães, 1922). Segundo Rezende (1983), Mazarém é considerado o patriarca de nossos professores de obstetrícia, além de ter clinicado com sucesso no Rio de Janeiro e ter escrito significativos tratados sobre o assunto.

Já em 1813, quando um decreto manda ensinar a arte obstétrica no quarto ano do curso, o nomeado é Manoel Alves da Costa Barreto, que, nascido na Bahia, havia se especializado na Europa, com Baudelocque e Denman. Chegando até 1832, ano de criação das Faculdades de Medicina, vemos novas nomeações para a cadeira de Partos, Moléstias de Mulheres Pejadas e Meninos Recém-Nascidos. Na Bahia, quem assume o cargo é Francisco Marcelino Gesteira, e no Rio de Janeiro, Francisco Julio Xavier. Este último, filho de um médico famoso, havia se doutorado em Paris em 1831 e chegara ao posto por meio de um concurso bastante disputado com outros dois candidatos. Xavier teria se destacado também pela sua atuação como parteiro e pelos discípulos que deixou, como Luiz da Cunha Feijó e Mme Durocher. Com o falecimento de Xavier em 1851, é nomeado Domingos Marinho de Azevedo Americano, que fica no cargo por apenas seis meses. Seu nome é lembrado como o primeiro a ter aplicado a anestesia com éter no Brasil (Rezende, 1983).

O sucessor é Luiz da Cunha Feijó, o Visconde de Santa Isabel, que permaneceria no cargo até 1872, tendo sido também médico da Casa Imperial e diretor da Faculdade de Medicina. Oficialmente, é considerado o primeiro praticante da cesariana no país, nos idos de 1855. Como parteiro da Princesa Isabel, foi o alvo da grande polêmica que culminou com a vinda do obstetra francês Jean Anne Henri Depaul (Rezende, 1983). Em 1873, a cadeira de Partos é novamente disputada em concurso, e quem fica com a vaga é o filho do ocupante anterior. Luiz da Cunha Feijó Filho também se destacou como diretor da Faculdade de Medicina entre 1901 e 1910, chefe da maternidade da Santa Casa de Misericórdia, membro honorário da Academia Imperial de Medicina e cavaleiro da Ordem da Rosa (Rezende, 1983). Fernando Magalhães (1922) fala de Feijó Filho com a autoridade de quem o acompanhou como assistente, destacando não as suas qualidades de professor, mas as de clínico e cirurgião, sempre exato no diagnóstico e seguro na prática.

Com as reformas pelas quais passou a Faculdade de Medicina nos anos de 1879, 1881 e 1882, criou-se a cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica. Mais uma vez é realizado concurso para ocupação da vaga. O vencedor é Erico Marinho da Gama Coelho, nomeado professor em 1883. O ensino desse curso passa então a ser realizado na antiga secretaria da Santa Casa. A cátedra de Clínica Obstétrica e Ginecológica continua até 1911, quando é desdobrada nas duas especialidades. Erico Coelho passa então a ocupar a cadeira de Clínica Obstétrica, em que fica até 1922, ano de seu falecimento. A cadeira de Clínica Ginecológica foi assumida por Augusto Brandão.[29] Segundo Fernando Magalhães, ele próprio professor substituto de Coelho e envolvido em uma grande polêmica contra o titular devido às suas ausências no curso, o distinto professor logo passou a se interessar mais pela política do que pelo ensino médico. Erico Coelho foi deputado e senador em várias legislaturas, o que o teria afastado dos progressos da especialidade que lecionava. Além disso, dedicava-se também a outros assuntos, como o ataque às idéias positivistas contra o divórcio.[30] Magalhães menciona ainda que durante as freqüentes ausências de Coelho, no ano de 1899, travou-se um caloroso debate entre o Dr. Augusto de Souza Brandão, lente substituto, e o assistente da cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica, o Dr. Henrique Batista. De tudo isso Erico Coelho mantinha-se distante (Magalhães, 1922). E para irritação de Magalhães, já na década de 20, quando se havia retirado da política, voltou a freqüentar a sua cátedra na faculdade:

> *Ao cabo de um curso em branco, sem ensinamento algum, os estudantes vão a exame perante uma banca constituída por Erico Coelho, Nascimento Gurgel e por mim. Raramente, o professor catedrático [Erico Coelho] examina; quando o faz, é para indagar* a semelhança entre o cordão umbilical e o cordão carnavalesco *ou para explicar que diâmetros são as* medidas extremas do círculo ou coisa que se pareça com círculo. *Dou, como testemunha do que afirmo, o professor Nascimento Gurgel e os presentes aos atos de exame. Também, se o quiserem, os estudantes de 1921 atestarão que, um dia, chegado à clínica, como de costume, sem substituir ou proteger a roupa da rua, o professor examinou uma mulher em trabalho, sem lavar a mão, a pretexto de que em casa a tinha lavado e perfumado.* (Magalhães, 1922:104. Grifos do autor.)

Ao resumir a trajetória do ensino obstétrico e ginecológico no Brasil, Magalhães aponta como principal problema o fato de os catedráticos se apossarem das cátedras como suas propriedades. A vitaliciedade garantia que o professor permaneceria no posto mesmo que se ausentasse das aulas ou se dedicasse a outros assuntos e funções, como foi o caso de Erico Coelho. Nosso autor pretendia que esse princípio da vaidade catedrática fosse substituído pelo do trabalho pertinaz e convergente em colaboração com os alunos. Com esse espírito é que Magalhães teria assumido a cadeira de obstetrícia em 1922. Jorge de Rezende (1983) não poupa elogios ao descrever o 'criador da Escola Obstétrica Brasileira'. Por este autor sabemos que Magalhães foi catedrático até 1944, além de diretor da faculdade, titular da Academia Nacional de Medicina, membro da Academia Brasileira de Letras e doutor *honoris causa* pelas universidades de Coimbra e Lisboa, entre outros feitos.[31]

Quanto à história da assistência à maternidade, Fernando Magalhães localiza na metade do século XIX as primeiras tentativas internacionais de proteção à mãe e à criança. No caso do Brasil, cita um projeto de lei de autoria de José Bonifácio que amenizava o trabalho das escravas nos períodos próximos ao parto. Magalhães (1922:214) gaba-se de ser este "um programa integral de puericultura, ditado pelo Brasil, antes que qualquer país do mundo dele cogitasse". Na prática da obstetrícia, a primeira menção a um socorro específico aparece em 1830, quando a Santa Casa de Misericórdia contrata a parteira francesa Stéphanie Marie Warmont e na Casa dos Expostos instala-se um quarto especial para a realização de partos. É somente em 1847 que José Clemente teve aprovada a sua idéia de criar uma enfermaria especial para partos ainda na Santa Casa, entregue ao ilustre parteiro Rodrigo Cid Soares de Bivar, o primeiro a utilizar a cloroformização na obstetrícia no Brasil, em 1848. Esta enfermaria passou mais tarde a ser conhecida como Maternidade da Santa Casa. Nela, Magalhães foi interno e assistente de clínica entre 1896 e 1900. E relata que, durante esse período, foram realizados 1.426 partos, dos quais deixou de assistir apenas a 352. O autor descreve a maternidade:

> *Em duas salas contíguas acolhiam-se grávidas e puérperas; o princípio da separação não era muito respeitado, pois a lotação preenchida de uma sala forçava o recebimento de uma gestante entre as puérperas ou o contrário. Não se cuidava rigorosamente de isolamento, porque em um pequeno quarto, mais destinado às doentes graves e servindo também para algumas intervenções, não tinha espaço para mais de duas camas. A sala maior era iluminada por uma larga clarabóia, sob a qual, para as operações abdominais, armava-se a mesa adequada. Faziam-se aí laparotomias ginecológicas, improvisando-se a sala operatória entre as camas, temporariamente abandonadas pelas ocupantes habituais. Neste cenário assisti à primeira operação cesariana.* (Magalhães, 1922:216)

Antes que a Faculdade de Medicina tentasse a instalação de uma maternidade, a Santa Casa era a única a prestar assistência obstétrica pública. Em contrapartida, a partir de 1850 multiplicavam-se as casas de saúde que atendiam as parturientes. Magalhães cita a Casa de Saúde do Saco do Alferes e a da Gamboa, ambas de 1850, a da Providência e a do Dr. França, de 1860, a de Nossa Senhora da Ajuda e a do Dr. Eiras, criadas em 1864. Além disso, os jornais da época anunciavam pequenas maternidades particulares com "quartos decentemente preparados" para atender as senhoras (Magalhães, 1922:212-218). A ascensão dos médicos no domínio da obstetrícia e ginecologia e o crescente aumento dos estabelecimentos dá origem a uma maior regulação nesta área nas últimas décadas do século XIX. Exemplo disso é a solicitação do chefe de polícia José Antonio Gomes à Câmara Municipal, em 1885, de informações sobre as posturas relativas às maternidades particulares. A Câmara responde ao ofício afirmando que exigia-se das maternidades terem na direção médicos de competência reconhecida (Magalhães, 1922).

O primeiro projeto de que se tem notícia de um estabelecimento dedicado ao ensino e à prática da obstetrícia é apresentado ao governo por Florencio Stanislau Le Masson em 1832. O projeto teve parecer favorável na Câmara dos Deputados, mas o relator nomeado para o caso, o professor da cadeira de Partos Julio Xavier, veta os planos do colega Le Masson. Em 1877, Rodrigues dos Santos dirige à Câmara Municipal o

pedido de instalação de uma maternidade e de um serviço de amas-de-leite. No ofício por ele redigido, comenta o atraso da capital em relação às cidades européias que já contavam com vários serviços especializados. A Câmara aprova a idéia, mas a maternidade só é instalada em 1881, na Casa de Saúde Nossa Senhora da Ajuda, sob a direção de Rodrigues dos Santos. Magalhães supõe que essa iniciativa tenha durado somente até o ano seguinte. Segundo seus dados, a Câmara teria cessado de subsidiar o serviço porque este não apresentava as condições necessárias a um estabelecimento hospitalar e só recebia escravas mandadas pelos seus senhores. Uma nova campanha pela instalação de uma maternidade é encampada por Erico Coelho em 1887. Em maio de 1889 inicia-se na Lapa a construção da maternidade, mas as obras são logo interrompidas. A tarefa de atendimento e ensino obstétrico e ginecológico continuava restrita à Santa Casa de Misericórdia. Finalmente, em 1904 inaugura-se a Maternidade das Laranjeiras, sob a direção de Rodrigues Lima. Em 1918, por determinação legal, o então diretor Fernando Magalhães transfere a maternidade à Faculdade de Medicina (Magalhães, 1922).

É o próprio Magalhães que inaugura outro importante estabelecimento, o Hospital Pró-Matre. Com a ajuda das senhoras da Associação Pró-Matre e do presidente Wenceslau Braz, Magalhães inaugura o hospital em 1918. O autor descreve a Pró-Matre como uma instituição destinada a proteger a 'mulher mãe'. Além da maternidade, que contava com 70 leitos, montou 22 postos urbanos de consulta, um laboratório obstétrico e ginecológico e uma creche. Na sua sede formaram-se enfermeiras e alunos da Faculdade de Medicina. Apesar disso, Magalhães ressentia-se da falta de uma maternidade especialmente construída, como nas cidades da Europa. Protesta contra o fato de no Rio de Janeiro existirem apenas duas casas adaptadas (a Maternidade das Laranjeiras e o Hospital Pró-Matre) ou então alguns compartimentos nos grandes hospitais (Magalhães, 1922).[32]

Com o decorrer do tempo, a obstetrícia e a ginecologia se transformavam em especialidades cada vez mais importantes no cenário médico. Fernando Magalhães relata como os assuntos referentes a essas disciplinas ocupavam com freqüência as reuniões das sociedades médicas. Na antiga Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro há referências sobre o debate de casos obstétricos desde 1832. Na Academia Imperial de Medicina discutem-se temas tão variados como a primeira anestesia por clorofórmio praticada em parto natural, a utilização do fórceps, a cesariana, o aborto em conseqüência de onanismo conjugal, a regulamentação das amas-de-leite, casos de superfetação, eclâmpsia e vômitos durante a prenhez. Alguns temas, por suas implicações morais, causavam maiores divisões. É o caso do debate em torno do feticídio terapêutico (aborto nos casos em que o médico considera que há riscos para a mãe), que ocupou a Academia Nacional de Medicina em 1905. O embate girou em torno de Felicio dos Santos, que, apoiado na posição da Igreja, condenava radicalmente esse recurso. Fernando Magalhães, por sua vez, admitia-o em algumas indicações específicas. E Daniel de Almeida dizia tratar-se de um crime, com o que concordava o importante médico legista Souza Lima. Quanto ao aborto criminoso, este foi várias vezes o centro de discussões, especialmente no período entre 1918 e 1920 (Magalhães, 1922).

Em outras organizações médicas, como a Sociedade Médica dos Hospitais do Rio de Janeiro, a Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro e a Associação

Médico-Cirúrgica Fluminense, também tem destaque o mesmo gênero de questões. Isso se repete no caso da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Teve destaque nesta sociedade a apresentação do relatório sobre a assistência à infância elaborado por Souza Brito, Nascimento Gurgel e Urbano Figueira em 1909. Nele, pedia-se a criação de asilos e sanatórios para as gestantes, creches, escolas de puericultura, uma liga de amamentação materna e um seguro obrigatório para as mulheres grávidas. A propósito da mortalidade infantil, Fernando Magalhães protestaria contra a precariedade da maternidade do Rio de Janeiro e do ensino obstétrico (Magalhães, 1922).

A preocupação com os temas relacionados à infância aparece também nas discussões empreendidas ao longo dos anos na Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil.[33] Esta organização é uma prova da importância que a obstetrícia e a ginecologia vinham adquirindo, expressa também na criação de estabelecimentos de saúde especializados e no prestígio crescente de seus grandes nomes.[34] Quanto aos temas lá discutidos, a julgar pela breve síntese das reuniões mensais a partir de 1921 feita por Magalhães, as questões permaneciam as mesmas já apontadas para as outras instituições (Magalhães, 1922). Nos congressos médicos, a obstetrícia e ginecologia também ganhavam destaque crescente. É o que mostra Magalhães ao computar as comunicações apresentadas no Congresso Médico Brasileiro, no Congresso Científico Latino-Americano e nas reuniões realizadas por médicos em outros estados como São Paulo e Pernambuco (Magalhães, 1922).

Analisando-se a produção da imprensa médica no Brasil, também se observa o mesmo movimento. Nas primeiras décadas do século XX temos a criação de importantes revistas especializadas em ginecologia e obstetrícia. Mas, é notável o fato de que já em 1861 existia a *Revista Obstetrica*. Este periódico mensal foi fundado pelo Dr. José Maurício Nunes Garcia e se apresentava como científico, humanitário e crítico, destinado a abrigar as controvérsias médicas e farmacêuticas. Os assuntos tratados nem sempre eram específicos da obstetrícia. Falava de epidemias, impropriedades de nomenclatura, descoberta de novos metais. Quanto à questão da anestesia, por éter ou clorofórmio, que palpitava nos meios médicos, a revista colocava-se contra, seguindo os passos da Igreja Católica. O lugar de destaque era ocupado pelas polêmicas nas quais seu fundador se envolvia, tendo por opositores o Visconde de Sabóia e o diretor da Faculdade de Medicina entre 1842 e 1872, Cruz Jobim (Rezende, 1983).

Consultando os arquivos da Academia Nacional de Medicina e da Biblioteca Nacional, além do *Catálogo Coletivo de Publicações Periódicas em Ciências Biomédicas* (1977), temos os seguintes periódicos especializados: *Revista Ginecológica Brasileira* (fundada em 1887), *Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia* (órgão oficial da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, que tem uma longa duração, de 1907 e até a década de 70), *Revista Brasileira de Ginecologia* (entre 1922 e 1931), *Clínica Obstétrica* (cujo primeiro número é de 1928 e vai pelo menos até 1931), *Revista de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo* (de 1935 a 1947) e *Annais Brasileiros de Ginecologia* (cujos números encontrados vão de 1936 a 1940). A listagem desses títulos ilustra como a obstetrícia e a ginecologia caminhavam para sua afirmação como especialidades reconhecidas dentro da medicina. Mas é bom lembrar que a medicina generalista e mesmo

outras especialidades também continuavam dedicando espaço às questões relativas à sexualidade e reprodução.[35]

A importância da família e da reprodução

Todos esses dados referentes à institucionalização de uma medicina que trata especificamente da mulher e da reprodução só podem ser entendidos se fizermos referência ao desenvolvimento de uma medicina intervencionista no Brasil do século XIX. O interesse médico por esses temas está articulado, entre outros fatores, com transformações de larga escala na família e também com uma preocupação, por parte do Estado, de um governo maior sobre os seus cidadãos.

Esse é um dos argumentos centrais do trabalho de Jurandir Freire Costa (1983), que traça as linhas da transformação que teria havido na família colonial para conformar a família nuclear burguesa. O autor articula esse processo com interesses do Estado de controlar uma população desordenada e não temente ou conhecedora das suas leis, que habitava as cidades emergentes. Os médicos, especialmente munidos de um prestígio cada vez maior, lançam-se a efetivar a estratégia da chamada medicina higiênica no governo dos indivíduos. A família torna-se um de seus alvos prediletos, especialmente a família dos senhores mais abastados reticentes à subordinação ao Estado. Suas condutas física, moral, intelectual, sexual e social passam a ser avaliadas com rigor e se transformam em objeto de ordenações prescritivas. O poder do senhor patriarcal agora tem de se sujeitar ao discurso médico. Mudam, ou tenta-se mudar, os papéis sociais dos membros da família. A mulher e os filhos, que, assim como outros agregados, eram considerados seres irresponsáveis e portanto necessariamente obedientes ao pai, tornam-se indivíduos com atributos e responsabilidades proporcionais a sua idade e a seu sexo. As crianças são foco de atenção especial dos médicos, particularmente devido ao grande índice de mortalidade infantil da época. O aleitamento é tomado como uma bandeira de luta. A mãe higiênica não deveria mais entregar seu filho recém-nascido ao seio da escrava, mas ela mesma amamentá-lo, garantindo suas condições de saúde. A alimentação, a educação física, moral e intelectual das crianças eram o fundamento para um novo corpo de cidadãos:[36]

> *O conjunto de interesses médico-estatais interpôs-se entre a família e a criança, transformando a natureza e a representação das características físicas, morais e sociais desta última. As sucessivas gerações formadas por essa pedagogia higienizada produziram o indivíduo urbano típico do nosso tempo. Indivíduo física e sexualmente obcecado pelo seu corpo; moral e sentimentalmente centrado em sua dor e seu prazer; socialmente racista e burguês em suas crenças e condutas; finalmente, politicamente convicto de que da disciplina repressiva de sua vida depende a grandeza e o progresso do Estado brasileiro.* (Costa, 1983:214)

Os médicos vão pretender modificar também os papéis de pai e mãe no interior das famílias, desde a própria concepção do casamento, que agora deveria seguir os moldes higiênicos e os objetivos de procriar cidadãos saudáveis. A higiene faz do sexo – antes, na Colônia, prioritariamente regulado pela Igreja[37] – objeto de intervenção

médica. Vem à tona a idéia do 'amor físico' também como direito das mulheres, o que na visão dos médicos concorreria para o sucesso do casal higiênico.[38] Um novo código de relações entre homens e mulheres toma lugar, respeitando de uma forma jamais vista nesse contexto as vontades individuais. Mas vontades que seguissem os padrões de feminilidade na mulher, frágil, delicada e sentimental, e de masculinidade no homem, dotado de força física e vigor intelectual.

Na família, o pai não era mais simplesmente o proprietário da mulher e crianças, mas um agente da higienização, assumindo a responsabilidade na educação dos filhos, o que não significa que o poder patriarcal perdesse lugar. A figura da mãe higiênica representava um novo estatuto para as funções da mulher, mas ela não deixava de estar sob os auspícios da autoridade do marido. A diferença é que agora ambos tinham um agente externo, o médico, que ditava as normas para o sucesso da família. A mulher, de certa forma, era uma aliada especial do médico no projeto higiênico, por ser a mais diretamente envolvida com a geração e cuidado dos filhos. Diante dos primeiros raios de emancipação feminina do século passado,[39] implicada no novo contexto urbano, os higienistas ofereceram em troca da permanência no lar e na obediência a glorificação social e o prazer da maternidade. Mas, a sexualidade feminina continuava restrita às funções da procriação (Costa, 1983).

A nova concepção de família nuclear tinha na mulher um dos seus pontos-chave. Em contraste com os ideais da Revolução Francesa de igualdade e liberdade, a mulher continuava definida pela diferença.[40] A idéia de natureza feminina colocava barreiras imponderáveis na representação de seus papéis sociais. O instinto materno se transformará no núcleo central da imagem de mulher idealizada e pregada pelos médicos e outros agentes (Almeida, 1987).[41]

Esse ideal de mulher, em sintonia com os padrões do mundo cristão, se definia pela honra feminina. Uma honra baseada no controle da sexualidade. O sexo só era admitido para procriação, e assim deveria ser administrado. Todas as suas manifestações fora dos domínios do casamento e em busca de prazer e satisfação pessoal estavam proibidas, mas com distinções para homens e mulheres. Aos homens, a 'demonstração de virilidade', que parece marcar o ideal do colonizador português, era admitida desde que não atingisse as mulheres honradas (Almeida, 1987). Mas, às destituídas desse bem social, não havia restrições do ponto de vista masculino. Contudo, para as 'mulheres de família', toda e qualquer investida que escapasse aos domínios do pai ou do marido era motivo de execração e punição severa, e complicações para o sedutor. Os valores e prescrições da Igreja sustentavam tal concepção (Silva, 1984).

Pode-se sugerir que no século XIX a regulação da sexualidade passa a ser feita prioritariamente pelos médicos, esses novos agentes do saber e do julgamento moral. Com a sua intervenção tenta-se gerenciar a libertinagem dos senhores, chamando-os a assumir com responsabilidades inéditas o novo ideal de cidadão higiênico e controlado. Mas, é acima de tudo na figura da mulher que se concentrarão as investidas médicas. É na regulação de seus desejos, no protótipo da mulher ideal, pura, casta e civilizada, de acordo com os novos padrões, que se concentram as expectativas.[42]

Em contrapartida, intensifica-se o discurso sobre as mulheres mundanas, as prostitutas que viviam soltas das amarras e prescrições relativas ao lar (Rago, 1993a), e

sobre a mulher histérica. Esta figura, que foi alvo de grandes investimentos médicos no século passado, intrigava particularmente pela pretendida ânsia sexual e pelo fato de incorporar uma doença que estranhamente não deixava marcas físicas. O mal da histeria era explicado pela natureza feminina, com remissão ao útero ou aos nervos.[43] Neste momento, o 'problema dos nervos' já recebia redobradas atenções dos médicos, com especificidades quando se tratava das mulheres, pois estariam relacionados com sua debilidade moral.[44] A mulher histérica sofre de manifestações exteriores à sua vontade, expressas na sexualidade e curáveis por meio da sua boa administração. Dessa forma, acometida de um mal associado à exacerbação de sua sexualidade e à sua fraqueza nervosa, ela também forneceu os parâmetros negativos que possibilitavam distinguir a boa esposa e mãe de família, segundo os critérios dos médicos.[45]

Médicos que, segundo Costa (1983), começavam a ostentar e monopolizar o saber e o direito de tratar os doentes e definir os limites da saúde. Os médicos passavam a opinar sobre assuntos antes fora de seus domínios.[46] É o caso identificado por Gonçalves (1987) sobre a Roda dos Expostos. Esse mecanismo de acolher, em asilos de caridade, crianças abandonadas, frutos de uniões ilegais, de mães solteiras ou sem condições de criar os filhos, passa a ser um tema constante nas teses das faculdades de medicina durante o século XIX. Os médicos que passavam a propagar as novas idéias sobre a família e seu bem-estar se posicionam de maneira particular diante do problema. De acordo com seus princípios de civilização e modernidade, a roda era um mecanismo que incentivava o abandono de crianças, que acobertava as conseqüências do sexo desregulado e ilegítimo e por isso mereceria ser combatido. Entretanto, o imperativo da manutenção da honra das famílias, a conservação da imagem de legitimidade da sociedade quando os frutos de aventuras eram escondidos, fazia-os ponderar sobre a utilidade desse mecanismo. De qualquer modo, as investidas passam a se concentrar cada vez mais na prevenção, na educação das futuras mães para que não abandonassem seus filhos, na promoção da idéia de que só seres 'desnaturados' e 'incivilizados' se desprenderiam de suas crias.[47]

Para além desses traços gerais do pensamento médico sobre as mulheres do século XIX, tem-se também redefinições e esclarecimentos importantes. Segundo Nunes (1982, 1991), a década de 70 é fundamental para se entender certas mudanças de ponto de vista dos médicos. Até essa época, as mulheres, especialmente as acometidas de algum mal como a loucura, a prostituição, a prática de crimes como o aborto ou infanticídio, eram consideradas muito mais vítimas da falta de tutela do que seres responsáveis por seus atos. A 'infantilidade' das mulheres era a justificativa para a necessidade de uma vigia constante. Mas, nas últimas décadas do século passado, o pensamento médico começa a enfatizar a periculosidade natural do sexo feminino, bem ao gosto das idéias vinculadas ao modelo da degeneração.[48] A degeneração convertia-se em um foco privilegiado da atenção dos médicos preocupados com a formação de um novo tipo de indivíduo, com o aprimoramento da população e a melhoria da raça. Com base no estudo da alienação mental e da criminalidade, a psiquiatria formulava a noção de uma má formação, uma deficiência física e mental, em suma, de uma constituição anômala ou degenerada, que explicaria tais comportamentos. Segundo Silvia Nunes (1991:57),

O degenerado é alguém que sucumbiu a um processo civilizatório deficiente, permanecendo num estágio anterior, apresentando ainda caracteres selvagens, constituindo-se numa ameaça ao desenvolvimento social, não só pelo fato de que seus atos podem prejudicar outros indivíduos, como também por se tratar de um portador de características passíveis de transmissão hereditária, o que pode levar a um processo de degradação social.[49]

A medicina elege então os personagens que exemplificariam a noção de degeneração psíquica como criminosos, loucos, prostitutas, alienados, histéricas, negros, desviantes sexuais e infanticidas. Ao mesmo tempo, desenvolve a idéia de que a má formação ou constituição degenerada é transmitida na família. Por isso se justifica a intervenção dos médicos na regulação do casamento para se evitar a proliferação dos estigmas degenerativos. Nesse contexto, têm lugar de destaque as doenças venéreas, um problema de suma importância para os médicos higienistas. Males como a sífilis contribuíram para que se traçassem os limites entre a normalidade e a saúde sexual, além de colocar a sexualidade na ordem do dia das discussões públicas (Carrara, 1996). O discurso médico enfatiza também a mulher como o lugar dos maus instintos, transformando em anomalia as 'peculiaridades' deste sexo. Estudando-se aborto, infanticídio, prostituição e loucura, detectam-se sinais de uma monstruosidade peculiar à mulher, uma base degenerada comum a todas as descendentes de Eva. Ela agora não é mais a criança irresponsável, mas alguém no nível de uma raça inferior, identificada por diagnósticos médicos como um ser que se distingue pelo cérebro menor e pelos gânglios maiores. A sua patologização vai fazer com que se conclua que ela é uma criminosa em potencial, capaz de se entregar à prostituição caso não haja controles adequados, uma histérica excessivamente sexuada (Nunes, 1982, 1991).

É nesse contexto que aparecem e se afirmam as especialidades médicas dedicadas exclusivamente às mulheres e à demarcação da diferença baseada no sexo. Com o desenvolvimento da obstetrícia e da ginecologia em meados do século XIX, delimitam-se ainda mais as fronteiras da normalidade no que se refere ao corpo e à sexualidade femininos. Articulam-se preceitos da ordem do fisiológico e do moral para falar das funções ou papéis que constituem o suposto 'universo particular' das mulheres, sejam as corretas mães ou esposas, sejam as devassas e prostitutas.

As Dificuldades de uma Medicina da Mulher

Apesar de todos os desenvolvimentos no âmbito profissional e institucional, o terreno da ginecologia não era dos mais cômodos. A medicina, em geral, não era sempre dona da situação, tendo de enfrentar resistências à introdução de novos conceitos e práticas. No caso da ginecologia, isso era ainda mais grave em função da delicadeza do objeto e da intervenção.

Os grandes desenvolvimentos que caracterizam a ascensão da medicina no século passado também servem de ponto de partida para um possível questionamento. A medicina embasada nos progressos científicos instaura a confiabilidade do público

ao mesmo tempo que passa a se sujeitar a maior visibilidade e controle. Cada descoberta que envolva especialmente novas técnicas de manipulação ou exame do corpo humano, antes de se tornar uma garantia de êxito e objetividade, é alvo de debate e polêmica. A ginecologia não foge a essa regra. Se, por um lado podemos vê-la representando a trajetória de sucesso de uma nova especialidade, por outro, ela também coloca em evidência a instabilidade de um campo de conhecimento e intervenção recentes. Além do mais, o problema com a ginecologia é mais grave na medida em que seu objeto – a sexualidade e reprodução – é tradicionalmente mais suscetível à discussão.

De acordo com Pierre Darmon, na França, a ascensão e visibilidade do médico, sobretudo nas últimas décadas do século XIX, fazem com que ele se torne um personagem socialmente importante mas também mais visado. As exigências quanto a um determinado tipo de comportamento podem começar ainda na faculdade. O tema de tese, por exemplo, pode ser alvo de reprimendas. Motivos de ordem moral, política ou religiosa facilmente provocam a condenação de teses pouco ortodoxas. Temas como as partes genitais da mulher, a libertinagem, as paixões e a prostituição, a partir do momento em que ultrapassassem os cânones admitidos, eram mais vulneráveis (Darmon, 1988). Porém, depois de formado, o jovem médico continuava sob avaliação moral inclusive de seu comportamento pessoal. Um ponto comum no discurso de professores e manuais de deontologia da época era a necessidade do casamento. Um médico não ascenderia na profissão sendo celibatário, em função das dúvidas que poderiam pairar sobre a sua reputação. Suspeitava-se de intenções pouco nobres do jovem médico celibatário quando este examinava jovens mulheres que lhe confiavam sua saúde, o que poderia ser ainda mais grave no caso de partos ou problemas ginecológicos (Darmon, 1988).

Em termos gerais, a suspeita de faltas ou erros passa a pesar sobre o médico mais freqüentemente. Prova disso, no caso da França, é o aumento do número de processos correcionais instaurados contra eles. Uma explicação possível para esse fato baseia-se na sua maior responsabilização. A partir do momento em que a medicina entrava na era da eficácia, definiam-se melhor os parâmetros para o julgamento dos atos cometidos pelos médicos. Embora a fascinação com a ciência fizesse dos grandes professores ou dos médicos famosos novos ídolos inquestionáveis, no final do século o médico estava mais sujeito à repressão. Talvez porque a vulgarização das inovações científicas tivesse lhe retirado a aura de sacerdote que o cercava (Darmon, 1988).[50]

Esse período também se caracteriza por um maior controle exercido pelos próprios médicos entre si. Dois motivos podem ser mencionados aqui: a promoção e manutenção do prestígio e o aumento da concorrência. Essas razões estariam por trás da obsessão dos médicos franceses com o crescimento do número de colegas, especialmente em Paris. Embora a cifra de novos médicos não fosse tão significativa se comparada com o aumento da população, esse era o argumento invocado para o combate aos médicos estrangeiros, às mulheres – recém-admitidas na medicina – e aos praticantes ilegais. Estes últimos representavam um mundo bastante heteróclito, que podia incluir massagistas, parteiros, dentistas, herboristas ou sonâmbulos (Darmon, 1988). Outro problema visado a partir da concorrência era a proliferação dos anúncios. As autoridades médicas não se cansavam de fazer represálias à propaganda veiculada nos jornais ou enviada pelo correio. Neste último caso, tratava-se de prospectos que apresentavam

o suposto médico, por exemplo, como eletroterapeuta, médico parteiro, especialista nas doenças genito-urinárias, chegando mesmo a se oferecer como praticante da técnica da fecundação artificial para curar a esterilidade (Darmon, 1988).

Na verdade, além do charlatanismo ou da prática ilegal da medicina, o que estava em jogo era a repressão às 'especializações fantasiosas'. Era o caso de médicos que se apresentavam como especialistas sem que nenhum conhecimento formal avalizasse a sua prática. Muitas vezes, o tema da tese, as preocupações de mercado, a moda ou um documento sem valor qualquer serviam de base para a autotitulação. Assim floresciam gabinetes de rinolaringologistas, neurologistas, pediatras, especialistas em eletricidade médica e, certamente, ginecologistas. Outros ditos especialistas se 'formavam' pelo cargo ocupado em determinado local, como o 'médico de salão' ou o 'médico de teatro'. Isso sem falar nos ataques dos quais eram vítimas os médicos de senhoras, sobre os quais pairavam suspeitas a respeito da natureza das habilidades que os tornavam célebres (Darmon, 1988).

Freqüentemente, um tema que se destacava no conflito dos médicos entre si e com outros atores da sociedade era o do segredo médico.[51] Raymond Villey (1986) afirma que a instauração desse problema teria a ver com o questionamento de certos valores burgueses. Na segunda metade do século XIX, o individualismo liberal estava bem implantado e a saúde era considerada como um bem privado, no qual a intervenção do Estado não era bem-vinda. A honra das famílias, a reputação, a intimidade e o pudor deviam ser preservados. O tema do segredo médico, que era discutido nos salões, apontava sobretudo para a questão do gerenciamento dos casamentos, a gravidez, as 'doenças vergonhosas', que poderiam prejudicar a união das famílias e das fortunas. O médico tinha interesse em mostrar discrição, pois isso podia representar o seu sucesso na profissão. As associações corporativas recém-fundadas tinham consciência da importância dessa questão e não deixavam de evocar a doutrina absoluta do segredo médico como requisito da moralidade da profissão. Reivindicava-se inclusive que o médico deveria ser dispensado de testemunhar judicialmente. O caso era delicado principalmente quando se tratava de doenças contagiosas ou quando o próprio cliente demandava o depoimento do médico. E quando as medidas sanitárias são levadas a cabo pelo movimento higienista, a necessidade de denúncia das doenças contagiosas acirrarão a polêmica. Progressivamente, a tendência será, tanto por parte dos médicos quanto da Justiça, à defesa do segredo em qualquer circunstância. Essa premissa também orientará a omissão dos nomes dos pacientes nas publicações científicas (Villey, 1986; Léonard, 1981).

Como se pode imaginar, esse debate se agrava no momento em que entra em cena a honra da família, a autoridade de pais e maridos, colocadas em xeque quando o caso em questão se refere à sexualidade feminina. São os temas ligados à mulher e à reprodução que causam mais problemas aos médicos do ponto de vista das dúvidas sobre a sua atuação e especialmente da seriedade de suas intenções. Os ginecologistas e obstetras tiveram de enfrentar as dificuldades colocadas pela natureza moral delicada da sua especialidade. Duas das primeiras grandes polêmicas se referem ao uso da anestesia e à prática da cesariana.

Sobre a operação cesariana, o debate é tão antigo quanto a recuperação da técnica da cesariana no século XVI. O principal motivo de discussão dizia respeito ao

dilema provocado pela necessidade de opção entre salvar a vida da mãe ou a da criança. A Igreja intervém de maneira direta nesse caso, seja para impor a cesariana *post mortem* quando havia chances de a criança estar viva, seja quando o parto natural se mostrava sem esperanças, propondo o privilégio da vida da nova alma a ser batizada em detrimento da mãe. A impetuosidade com que a Igreja propunha a escolha da criança em função do batismo acirrará o debate anticlerical da época (Guillaume, 1990). A anestesia suscita discussões ainda mais complexas. Embora a Igreja também condenasse a anestesia porque esta suprimia os sofrimentos físicos e morais pelos quais o cristão deveria passar preparando-se para sua morte, eram os próprios médicos que se dividiam na consideração do assunto. Alguns defendiam que a perda de consciência era algo degradante e aviltante para o indivíduo. No caso dos partos, a situação se complicava quando se evocavam as dores como o sublime sacrifício necessário à plena realização da maternidade (Guillaume, 1990). As dores do parto eram vistas como naturais, benéficas e teologicamente corretas. Certos autores associam a este argumento um certo medo da sensualidade feminina. Alguns obstetras haviam relatado que as mulheres sob efeito da anestesia sofriam uma excitação da paixão sexual, apresentando comportamentos desabonáveis e uma linguagem lasciva. Isso porque se subentendia uma forte associação entre o momento do parto e o ato sexual que o originara. Outra idéia evocada era a de que médicos menos dignos poderiam se aproveitar do estado de inconsciência para molestar suas pacientes. E crimes como o roubo ou troca de crianças também poderiam ocorrer.[52] Os defensores da anestesia respondiam a tais argumentos afirmando que esses efeitos da anestesia estavam mais nas mentes dos praticantes inescrupulosos do que no comportamento das mulheres. De qualquer forma, impunha-se um necessário controle moral (Gay, 1984; Moscucci, 1996).[53]

Outros temas relacionados com a sexualidade também ilustram o problema. É o caso da associação do médico de mulheres com a prática do aborto. Smith-Rosenberg (1985) afirma que nos Estados Unidos a profissionalização e ascensão social dos obstretas e ginecologistas é um processo que ocorre paralelamente às campanhas contra o aborto e seus praticantes. As autoridades médicas tentavam desvencilhar a medicina das mulheres da suspeita dessa prática por meio do fortalecimento da sua condenação. A associação com o aborto era um dos fatores que, na opinião dos médicos, contribuía para o descrédito da profissão. O mesmo se dá em relação à contracepção. O processo de criminalização do controle reprodutivo que se opera nos Estados Unidos nas últimas décadas do século XIX tem como uma de suas bases a condenação pública dos médicos envolvidos (Brodie, 1994). Na França, a perseguição dos chamados 'neomalthusianos', que defendiam o controle da natalidade, baseada nas acusações de pornografia e imoralidade mostra como o terreno da contracepção era perigoso para os médicos (Ronsin, 1980; Govedart, 1993). A falta de respeito às normas previstas pelas autoridades ou a discordância quanto a ordenações morais, na medida em que implicavam o exercício da medicina, tanto na prática quanto na pesquisa, deixavam evidente a dificuldade da admissão de novas proposições no campo da sexualidade. Além disso, a sexualidade nem sempre foi percebida como um objeto científico legítimo (Hall, 1994).

Talvez o tema que melhor expresse as ambigüidades em torno do comportamento dos médicos que tratavam de mulheres é o do exame ginecológico. A intromissão de

um homem estranho, mesmo que coberto pelos propósitos da medicina, na intimidade de uma mulher era um dos temas de debate favoritos. A situação se agravava quando se tocava no assunto do espéculo. Este antigo instrumento de exame, em desuso durante a Idade Média e a Renascença, foi reintroduzido na prática ginecológica pelo francês Recamier no começo do século XIX. Sua utilização no exame e tratamento logo se propaga em Paris, e quando as autoridades públicas regulamentam a prostituição em 1810 ele se torna um instrumento de controle sanitário e de polícia. Nas visitas sanitárias a que eram obrigadas a se sujeitar, as prostitutas registradas tinham de passar regularmente pelo exame com espéculo (Corbin, 1989; Moscucci, 1996).

Os médicos estrangeiros que estudaram em Paris nessa época logo propagariam a sua utilização. Na Inglaterra o sucesso foi tão grande que os próprios médicos acabaram admitindo os abusos desse tipo de exame.[54] Grandes controvérsias tiveram lugar, alegando-se especialmente os perigos morais da exposição e penetração instrumental da mulher pelo médico. Esses perigos, por um lado, referiam-se à natureza sexualizada da mulher, ao seu desejo insaciável de prazer sexual que, no melhor dos casos, não deveria nem ser despertado. Por outro lado, argumentava-se com o abuso que poderia ser cometido pelos médicos na ocasião do exame. Nas jovens solteiras o problema era mais grave, pois estava em jogo a virgindade física e moral da paciente. Imaginava-se que os prazeres obtidos com esse tipo de 'sexo instrumental' levariam as jovens à histeria e à masturbação, e mesmo as aproximariam da condição de prostitutas. Alguns médicos chegavam a suspeitar mesmo que mulheres ninfomaníacas procuravam os ginecologistas em busca dos prazeres obtidos com o exame ginecológico. Seguramente, para estes, era mais interessante essa representação da mulher como sedutora em potencial do que como vítima passiva (Groneman, 1994).

Quanto à idéia da mulher como vítima de abuso sexual por parte do médico, teve como resposta pelos defensores do espéculo a alegação do seu grande valor na detecção das doenças venéreas e outros males ginecológicos e a sugestão de precauções que serviriam para afastar a conotação sexual do exame. Porém, o problema em questão não era exatamente a técnica, mas a interpretação dada ao ato. Tal interpretação via, na maioria dos casos, a mulher como vítima da possessão do médico e inaugurava uma disputa entre este e os pais e maridos. Os ginecologistas, em franco processo de ascensão e reconhecimento, precisavam desviar essas suspeitas para continuarem sua progressão. Entra em cena a defesa de estritos princípios de honra e regras de conduta profissional, que deveriam resguardar os interesses da paciente e de sua família e proteger o ginecologista de futuras perseguições. Estabelece-se, por exemplo, que o exame só seria feito em casos de necessidade justificada e que a paciente deveria ser bem informada de sua natureza. No caso das menores de idade, exigia-se a autorização dos responsáveis (Moscucci, 1996).[55]

A questão do espéculo era tão delicada que mesmo o exame das prostitutas foi condenado. Na Inglaterra, os opositores da regulamentação da prostituição utilizaram os argumentos de 'estupro instrumental' e atentado à liberdade individual para condenar o espéculo. A inspeção das prostitutas era percebida como degradante especialmente pelas feministas, que começavam a se manifestar contra a dupla moralidade sexual que permitia todas as liberdades aos homens e fomentava a prostituição. Nessa

época as demandas pelo voto feminino e castidade masculina andavam juntas (Kent, 1990; Moscucci, 1996).

Além disso, o exame pelo espéculo se associava a uma outra polêmica evidenciada pela campanha contra a vivissecção. Em nome dos progressos da ciência, a medicina estava rompendo os limites da sacralidade e inviolabilidade do organismo humano. A mulher, como guardiã da moralidade natural, ocupava lugar central nessas preocupações. Nesse sentido, o espéculo exemplificava a maneira pela qual a nova ciência estava degradando a vida, reduzindo a mulher a objeto de inspeção do médico. Esse debate atravessa boa parte do século XIX, embora já nas últimas décadas haja indicações de que o exame se tornara uma prática corrente (Moscucci, 1996).[56]

Outra grande questão debatida no século passado e que coloca em jogo a moralidade médica diz respeito à clitoridectomia. Do ponto de vista das feministas da época, essa prática demonstrava bem a brutalidade dos procedimentos adotados em nome do conhecimento médico. O caso do ginecologista inglês Baker Brown é exemplar. Em 1867, ele chegou mesmo a ser expulso da Obstetrical Society of London, e esta não foi a sua única sanção. Baker Brown foi acusado de praticar a clitoridectomia sem o conhecimento das pacientes, dos maridos e pais, trazendo a injúria para a profissão médica e para os maridos. É interessante que da perspectiva das autoridades médicas que o perseguiram estavam em discussão não o atentado à integridade física da mulher, inclusive porque esse tipo de procedimento cirúrgico não era assim tão incomum, mas a moralidade da profissão e a honra dos maridos desavisados (Kent, 1990).

De acordo com Andrew Scull e Dominique Favreau (1986), o problema no caso Baker Brown era o fato de a divulgação das suas intervenções chamar a atenção das mulheres para a masturbação, que era a principal causa alegada para justificar a ablação do clitóris. Além disso, ele trazia para a medicina a imagem indesejada da associação com um tema tão indecente quando o da masturbação, abrindo brechas para a desonra da profissão. Na verdade, isso resumia o grande dilema da ginecologia. Ela constituía, ao mesmo tempo, uma especialidade que se definia como a guardiã da honra feminina e da regulação das manifestações corporais da mulher de modo que a maternidade fosse bem encaminhada e uma grande ameaça. Intervindo no terreno da reprodução e da sexualidade femininas, os ginecologistas estavam sujeitos a questionamentos de ordem moral. Eles aliavam paralelamente o prestígio advindo da maior precisão das intervenções, da eficácia nos tratamentos e da complexidade das teorias à fragilidade moral inerente ao seu campo de atuação. Os casos de médicos famosos e reconhecidos que, por um lapso, ameaçaram a autoridade de pais e maridos ou, pela falta de cuidado com a honra feminina, sofreram perseguições públicas e mesmo judiciais ilustram como a ginecologia se constitui durante o século XIX assentando suas fundações sobre um solo instável e perigoso.

É exatamente em função da complexidade da relação entre o médico homem e a paciente mulher que ganha ênfase a questão da entrada da mulher na medicina. Praticamente em todos os países nos quais as escolas de medicina abriram essa possibilidade, as mulheres, majoritariamente, escolhiam como campo de trabalho a obstetrícia, a ginecologia e a pediatria, permanecendo circunscritas a um domínio que lhes seria mais familiar. Considerando as objeções morais colocadas aos ginecologistas e obstetras homens, nada mais apropriado do que uma profissional feminina assumindo estas funções. Contudo, os médicos não estavam dispostos a sofrer mais essa ameaça de perda da clientela, e ainda mais para mulheres. Este quadro constitui um dos focos pelos quais se pode observar a trajetória das primeiras mulheres médicas. Elas também representaram um papel importante no debate sobre a natureza da sexualidade feminina, além de, em alguns casos, terem se aproximado das correntes feministas.

Na Inglaterra da segunda metade do século XIX, as feministas, que se organizavam em torno da luta pelo direito ao voto, viam a entrada da mulher na medicina como uma necessidade, por duas razões. A primeira é que as médicas poderiam trazer mais conforto e segurança para as pacientes, livrando-as dos abusos cometidos pelos médicos homens. A segunda e mais importante razão era que as médicas poderiam ajudar a reconstruir as noções de feminilidade e masculinidade com base no estudo da biologia e fisiologia. Elas poderiam dar uma legitimidade científica à redefinição da identidade da mulher e justificar sua inclusão política (Kent, 1990).[57]

Os ginecologistas e obstetras eram os principais alvos dos ataques das feministas. Elas afirmavam que, valendo-se da justificativa do cuidado da saúde da mulher e da sua honra, os médicos, hipocritamente, se aproveitavam da situação para em nome da ciência violar as mulheres. Estas eram vítimas fáceis, por pouco conhecerem dos procedimentos médicos, assim como dos seus próprios corpos. As feministas percebiam como hipócrita também a desculpa para o afastamento da mulher da medicina. Alguns médicos baseavam sua oposição no argumento de preservação da inocência, pureza e modéstia da mulher. As feministas, relatando suas próprias experiências com os ginecologistas, respondiam que a sua modéstia e privacidade eram invadidas e ameaçadas no contato com os médicos, especialmente no exame ginecológico com espéculo. Elas também acreditavam que muitas mulheres com necessidade de exame e tratamento deixavam de procurar ajuda por receio do comportamento dos médicos ou, quando o faziam, freqüentemente viam-se incapacitadas de relatar os sintomas ou fazer perguntas imprescindíveis por medo ou vergonha. Além disso, as feministas argumentavam que os médicos não eram eficazes no tratamento das moléstias femininas pela falta de conhecimento do corpo e comportamento das mulheres. Ainda mais escandaloso era o fato de que alguns médicos eram acusados de ajudar os maridos escondendo suas doenças venéreas e negligenciando o tratamento das esposas. Tais atitudes, segundo as feministas inglesas, tinham origem na separação das esferas pública – masculina e permissiva – e privada – feminina e repressora –, distinção que elas pretendiam abolir (Kent, 1990).

Nesse cenário, a entrada da mulher na medicina era vista como uma cruzada moral. Pioneiras como Elizabeth Blackwell, Elizabeth Garret Anderson e Sophia Jex-Blake defendiam a prática da medicina não em termos de interesses pessoais mas em nome da uma redenção moral da humanidade. Esta proposta passava pelo combate aos abusos dos médicos, por uma atenção maior às doenças femininas, uma atitude mais humana no seu tratamento e pela educação das mulheres a partir da vulgarização do conhecimento sobre seu corpo, saúde, higiene e sexo. Ao lado disso, o estudo da natureza humana e das leis que governam os sexos ajudaria a reverter a situação de dominação feminina. Blackwell – primeira americana a receber o grau de doutor em medicina em Nova York no ano de 1849 – denunciava a idéia de que a indulgência sexual era necessária para a saúde masculina como um insulto à natureza do homem e a sua capacidade de autocontrole. Para ela, a continência sexual não era somente possível mas necessária, pois os seres humanos não são controlados pelos instintos sexuais, como os animais. O estado de degeneração em que a sociedade se encontrava tinha origem nos erros em relação ao sexo (Kent, 1990; Vertinsky, 1990; Krug, 1996).

Outro ponto visado pelas feministas era o combate à noção da mulher como o sexo por excelência, o que justificava uma série de exclusões, a começar pelo direto à educação. Na época, o argumento comum aos discursos médicos era o de que as mulheres, especialmente na puberdade – quando toda a sua energia deveria estar voltada para o amadurecimento dos órgãos reprodutivos –, não poderiam se desgastar nos estudos. Elizabeth Garret Anderson respondia, em 1874, que o processo e as funções reprodutivas não controlam ou determinam a capacidade da mulher para realizar outras atividades e nem a menstruação era particularmente patológica ou debilitante como os ginecologistas pensavam, sendo os problemas relatados durante a puberdade apenas fenômenos temporários. Manifestações semelhantes ocorriam no organismo masculino e nem por isso os garotos eram afastados dos estudos (Kent, 1990). Mary Putnam Jacobi também publicou um famoso artigo no qual repudiava a insistência dos médicos na fragilidade fisiológica das mulheres e refutou as asserções de que a menstruação constituía uma doença feminina. Para ela, a menstruação era um processo natural, que não desgastava as energias femininas necessárias a outras atividades. Além disso, as médicas também denunciaram as diferenças de classe supostas pelos médicos, que não se preocupavam em condenar o desgaste físico das trabalhadoras de classes inferiores, interessando-se somente pelas mulheres das classes médias (Smith-Rosenberg, 1985).

Tais observações podem levar à impressão de que essas feministas médicas eram absolutamente radicais nas suas propostas. Em um certo sentido isto é verdade, pois suas propostas são inovadoras e contestam as concepções dominantes na medicina da época. Contudo, muitos argumentos elencados eram também representativos da crença nas qualidades e nos valores tradicionalmente atribuídos ao gênero feminino.[58] A iniciação das mulheres na profissão médica também evidenciava as qualidades femininas para cuidar das necessidades de mulheres e crianças. Essa ênfase se articulava com um movimento mais geral pela reforma do sistema de saúde, que tinha entre seus adeptos muitas mulheres de classe média. A democratização do acesso à saúde e ao conhecimento sobre o corpo ajudaria as mulheres a conquistar maior autonomia, ao mesmo tempo que contribuiria para o progresso da humanidade. Muitas pioneiras,

tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos, enfatizavam o aspecto maternal das médicas. Além de se igualarem aos médicos homens em força e inteligência, as capacidades especiais das mulheres lhes garantiam um sucesso maior no tratamento dos doentes. Esse argumento deixava os homens particularmente ameaçados com o ingresso das mulheres na profissão (Vertinsky, 1990).

Tanto nos Estados Unidos e Inglaterra como na França, o medo da competição com as mulheres – agravada pelo crescimento da proporção de pacientes femininas durante a segunda metade do século XIX e pela ampliação e lucratividade do mercado da ginecologia e obstetrícia – provocava a reação dos médicos. O principal obstáculo por eles erguido era a suposta fragilidade física e emocional das mulheres, indesejada no exercício da medicina. O treinamento e trabalho médicos também eram vistos como incompatíveis com as obrigações femininas de cuidado com a casa e com os filhos. Aquelas que se aventurassem nos estudos naturalmente se desfeminizariam. Entre essas primeiras médicas, muitas percorreram trajetórias que expressam a incompatibilidade das funções públicas e privadas na época. Essas mulheres, definindo-se como portadoras de uma missão social que envolvia o cuidado dos doentes ou, como a americana Mary Putnam Jacobi – a primeira mulher a ser admitida na New York Academy of Medicine –, viam na medicina um degrau para o acesso à pesquisa científica e optaram pelo papel de médicas em detrimento da função materna (Vertinsky, 1990).

A trajetória da francesa Madeleine Pelletier, que se inscreve na Faculdade de Medicina de Paris em 1898, é ilustrativa do caso das mulheres médicas que abriram mão do casamento e da maternidade. Desde cedo ela recusou o papel tradicional que lhe fora reservado, reivindicando o pleno direito de decidir a sua trajetória de vida, incluindo escolhas quanto à educação, ao trabalho, à participação política, à sexualidade e à maternidade. Madeleine Pelletier era contra a obrigatoriedade do casamento para as mulheres e também condenou a educação feminina de então, centrada no objetivo de conquistar o homem. É por isso que ela pessoalmente renunciou a todo tipo de *coquetteries*, símbolos da instrumentalização do corpo feminino. Madeleine Pelletier será descrita como de aparência masculinizada ou até mesmo como 'um ser híbrido': cabelos curtos, chapéu masculino, gravata. Sua recusa dos papéis femininos se expressará também no discurso sobre a sexualidade. Ela chega a afirmar que a noite de núpcias é, freqüentemente, um 'estupro legal', e a família, uma 'monarquia absoluta', na qual o homem exerce o poder que lhe foi conferido pela lei e pelos costumes. A sexualidade feminina, segundo ela, serve quase sempre unicamente para o prazer masculino, quando não termina em uma gravidez difícil e um parto doloroso. Será uma das pioneiras na defesa da maternidade livre, da contracepção e do direito ao aborto. Seu engajamento no movimento neomalthusiano a fará sofrer uma série de perseguições. Ela denunciou também a noção de natureza feminina governada pelo sexo, tão comum no discurso médico da época. Mesmo consciente dos preconceitos contra uma mulher celibatária, ela optou por viver sozinha em prol de maior liberdade pessoal e da dedicação profissional. Na luta pelo reconhecimento das mulheres médicas, denunciou a misoginia da corporação médica em particular. Como feminista interessada na ampliação dos direitos da mulher, fundou em 1907 o jornal *La Sufragiste* e lutou também pelas suas convicções socialistas (Largilliere, 1982).

Com base em opções como essa, a literatura da época se esmera em desenhar o perfil da mulher médica como esposa e mãe desleixada, quando chegam a se casar, ou mesmo como figuras assexuadas ou transexuadas, no caso de assumirem o celibato e comportamentos tidos como mais masculinos. Nas décadas de 60 e 70, essa imagem se fortalecerá pelo acirramento dos argumentos médicos em torno das características biológicas femininas. Periodicamente suscetíveis à influência de seu sistema reprodutivo, causador de ondas de instabilidade física e mental, a mulher não era confiável para atender firme e cientificamente os pacientes (Darmon, 1988:211). Havia depoimentos de médicos, como o do francês Monin no ano de 1895, que, apesar da inferioridade física e intelectual da mulher, reconheciam sua entrada nas profissões e mesmo na medicina como uma alternativa útil à prostituição. Mas, esse mesmo médico frisava que a medicina exercida pelas mulheres seria sempre de caráter secundário, humano e caritativo, se comparada com a verdadeira medicina científica praticada pelos homens. Ultrapassando tais limites, a médica correria o risco de perder sua delicadeza e seus pudores mais íntimos (Juramy, 1986).

Apesar dessas objeções, as mulheres avançam no acesso à profissão médica.[59] Os números são expressivos, sobretudo no caso dos Estados Unidos. Em 1890 já havia um total de 4.557 mulheres médicas naquele país. Enquanto isso, a Inglaterra só contava com 101 médicas no ano de 1891. Fundam-se também sociedades médicas locais, como, no ano de 1878, a New England Hospital Medical Society (Vertinsky, 1990). Na França, a primeira mulher a receber o grau de doutor em medicina foi a inglesa Elizabeth Garret Anderson em 1870, que havia tentado sem sucesso ser aceita para os estudos médicos na Grã-Bretenha, seguida pela americana Mary Putnam Jacobi em 1871.[60] A primeira francesa médica foi Madeleine Brès, formada no ano de 1875.[61] E somente no ano de 1890 a Faculdade de Medicina de Paris havia formado 140 estudantes. Depois da Faculdade de Letras, a Faculdade de Medicina contava com a predileção das estudantes da capital francesa na década de 90 (Darmon, 1988).[62]

Em termos gerais, o que se pode destacar da presença das mulheres na medicina dessa época é que aquelas que lutavam pelo direito à profissão eram objeto de condenação por parte dos médicos que defendiam a fragilidade do corpo e da mente femininos e sua inadequação para as funções do mundo público. Por um lado, como a voz das feministas negando tais suposições começava a ser mais ouvida pela opinião pública, boa parte formada de mulheres, os médicos tinham de providenciar uma revisão ou pelo menos um aprimoramento dos seus argumentos. Por outro, algumas mulheres que passavam a barreira das faculdades de medicina começavam a questionar, com base nos próprios termos científicos usados pelos médicos, as teorias sobre a natureza feminina. É também respondendo a essas críticas que os ginecologistas, especialmente, investirão ainda mais fundo na definição da diferença entre os sexos e no determinismo biológico que traçaria o destino da mulher.

As primeiras médicas brasileiras

No Brasil, o processo de entrada da mulher na medicina ganha alguns contornos diferentes. Em primeiro lugar, ocorre tardiamente em relação aos Estados Unidos e à Europa. E pelo pouco que se conhece das trajetórias das primeiras médicas brasileiras,

não há indícios de que se tenham dedicado a elaborar argumentos a respeito da diferença sexual e da 'natureza feminina' que se opusessem aos elaborados pelos colegas homens. Embora o acesso às faculdades de medicina tenha significado em si uma enorme conquista e as estudantes pioneiras tenham enfrentado grandes preconceitos e rompido com certos cânones morais, não chegaram a constituir um movimento pautado nas idéias feministas, como acontecia lá fora.

Um ponto a ser destacado é que, também aqui, a entrada da mulher no campo médico se fundamentou na noção de que as mulheres médicas seriam as profissionais adequadas para atender as outras mulheres e as crianças e que deveriam se restringir a estes pacientes e ao conhecimento dos temas que envolvessem a reprodução e a infância. Talvez seja possível mesmo sugerir que se admitiu a entrada da mulher na medicina na medida em que ela se prestasse a cuidar da saúde reprodutiva das outras mulheres, mas, ao contrário das antigas parteiras, desde que passasse pela formação e pelo controle das instituições dirigidas por médicos homens.

As mulheres brasileiras só conquistariam o direito de freqüentar as faculdades de medicina no final do século XIX. Mas nem por isso estavam distantes da prática de cuidados envolvendo a saúde e a doença. As congregações religiosas femininas, por exemplo, permaneceram durante muito tempo como as responsáveis pela administração dos hospitais e pelo cuidado dos doentes, até que a presença médica se tornasse mais marcante. Especialmente com relação às mulheres, advogavam o seu domínio recorrendo a justificativas de ordem moral, como o pudor das pacientes. Durante muito tempo os alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que tinham suas aulas práticas realizadas nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, não puderam ter acesso às mulheres grávidas e parturientes. Só depois de muita resistência foi permitido aos estudantes assistir aos partos realizados na Santa Casa.

As parteiras, comadres ou curiosas serão por muito tempo as grandes responsáveis pelas práticas adotadas nas questões de doenças femininas e reprodução. Historicamente, esse domínio parecia mais propício à intervenção de uma mulher do que à de um homem, o que mudará mais tarde, quando a obstetrícia e a ginecologia se tornam reconhecidas. E é atuando nessas áreas que identificamos as primeiras mulheres a se destacar. Inicialmente, deve-se mencionar Mme. Durocher, a primeira parteira diplomada pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Uma parteira que em muito se diferenciava das colegas de profissão na época. Embora não fosse médica, ela foi a única mulher que no transcorrer do século XIX agiu ativamente em companhia dos médicos locais. Não só teve uma atuação reconhecida como participava de eventos na Academia Nacional de Medicina – que mais tarde veio a instituir um prêmio em sua homenagem – e também se destacava pela produção escrita.

Maria Josephina Mathilde Durocher nasceu na França em 1809 e chegou ao Rio de Janeiro em 1816 acompanhando a mãe, futura dona de uma loja de modas feminina. Quando a mãe faleceu, ela foi cuidar da loja. Tempos depois, já mãe de dois filhos, passou por uma grave crise financeira agravada pela morte do companheiro (eles não eram casados legalmente). Ela decide então ingressar no curso de parteiras oferecido pela Faculdade de Medicina. Comunica sua decisão a alguns médicos conhecidos, que a incentivam dizendo que prestaria um serviço ao país ao demonstrar a outras mulheres

que, com alguma inteligência, instrução e desembaraço, poderiam sair da miséria sem cometer indignidades. Diplomada em 1834, Mme. Durocher logo passa a se destacar como obstetriz exímia, chegando a ter uma vasta clientela. Atendeu a Princesa Leopoldina, o que lhe garantiu o título de parteira da Casa Imperial. Apesar disso, morreu pobre em 1893, depois de sessenta anos de exercício da profissão, nos quais realizou mais de seis mil partos (Rezende, 1983).

Em todas as descrições e retratos de Mme. Durocher, chama muita atenção a sua aparência. Segundo as palavras de Alfredo Nascimento (1916, apud Rezende, 1983:27):

> *Não se sabia, à primeira vista, a que sexo pertencia essa personalidade original. Pelo aspecto físico e pelas vestes, era um misto mal definido de homem e de mulher. Alta, musculosa, falando grosso, trazendo os cabelos cortados curtos, repartidos e penteados como um homem, o lábio superior fartamente piloso bem como todo o mento, essa figura desenhava, entretanto, formas femininas sob as vestes heteróclitas. Trajava saia preta, sob a qual apareciam pés grandes, calçados de botina de homem; usava camisa, punhos, colarinhos, gravata e colete de homem, trazendo corrente e relógio, grande lenço e caixa de rapé, guarda-chuva grande de cabo recurvado e pendente do braço; mas sobre isto tudo envergava uma especialíssima, longa e folgada veste preta, que tinha por detrás a forma de sobrecasaca e adiante abria como uma túnica feminina; encimava esse conjunto originalíssimo, anti-estético e excêntrico, um chapéu ainda mais excêntrico e* sui generis, *constituindo numa espécie de meia cartola troncônica, de pêlo de seda, preta.*

Se analisamos o depoimento da própria Mme. Durocher, percebemos que ela tinha plena consciência de sua excentricidade, para a qual tinha justificativas. Os trechos que se seguem vêm da autobiografia apresentada na Academia Nacional de Medicina (transcrita em Rezende, 1983:30):

> *Primeira parteira a sair da escola de medicina do Rio de Janeiro, influída como se é aos 24 anos, julgava-me autorizada, ou melhor, rigorosamente obrigada a servir de modelo às que viessem depois de mim: adotei um vestuário que não só me pareceu mais cômodo para os trabalhos da minha profissão, como mais decente e característico para a parteira. Julgava que esse meu exterior deveria atuar muito no moral da mulher, inspirando-lhe mais confiança e distinguindo a parteira do comum das mulheres: e não me enganei, porque, com o correr dos anos, por mais de uma vez as minhas parturientes confessaram-me, que só esse meu trajar dava muita fé, para servir-me das expressões delas. (...)*
>
> *Não poucas vezes o esmero no vestuário* (toilette) *da parteira incomoda a parturiente ou aquelas pessoas que a rodeiam; e isto é mais prejudicial à força moral que a parteira deve ter sobre suas clientes e à confiança moral e científica que deve imperar para o bom êxito de sua missão: realmente uma mulher cujo espírito está constantemente atraído pela importância que dá à posse ou descoberta de uma fita, renda, enfeite de cabelo, jóia de preço ou fantasia, uma tetéia, e tantas outras bugigangas, ninharias e futilidades não pode ter a precisa aptidão e constância necessária para sérios estudos de gabinete, para as observações na prática, ao lado da parturiente; constantemente preocupada com as exigências da moda, pouca atenção deve prestar ao que vê ou ouve.*

Durocher parece orgulhosa da distinção que estabeleceu entre si mesma e as outras mulheres e também as demais parteiras. Com raras exceções julgava suas colegas de profissão mais preocupadas com o lucro do que com a instrução. Talvez ela tenha percebido que a adoção de uma aparência que se aproximava mais dos homens garantia maior respeitabilidade não só entre as suas pacientes mas também entre os médicos, que combatiam as antigas comadres por as considerarem despreparadas. A aparência podia ajudá-la a se distinguir das parteiras incultas e a se aproximar dos doutores de seu tempo. A interpretação de Fernando Magalhães segue essa linha. Afirma ele que Mme. Durocher

> *Ombreava com os especialistas de seu tempo, de igual a igual, com tanta vantagem e apreço que um dos maiores, o Visconde de Saboia, dedicou-lhe uma monografia, 'como prova de estima e especial consideração à sua inteligência e conhecimentos obstétricos', e muitos, em coletividade, votaram a sua entrada para a Academia Imperial de Medicina. Tornara-se original pelo seu traje masculino. Reproduzia, deste modo, a figura de Agnodice, rapariga ateniense que, por proibir a lei grega o exercício da arte de curar às mulheres, freqüentou a escola de Erofilo, vestida de homem, e assim exerceu otimamente a profissão.* (Magalhães, 1922:148)

Maria Lucia Mott (1992, 1994), ao estudar as parteiras do século XIX, também faz referência ao fato de que a própria Mme. Durocher acreditava serem necessários atributos masculinos para o bom cumprimento da função de parteira. A autora contextualiza a singularidade de Durocher em uma época em que os médicos se esforçavam por associar as parteiras a uma imagem negativa. Com o avanço do século, essas mulheres, anteriormente as únicas responsáveis pela assistência no parto, perderão terreno para os médicos diplomados, que cada vez mais se especializam também em obstetrícia e ginecologia.

A entrada da mulher na profissão médica propriamente dita aconteceu no final do século XIX. Um fato inicial marcante diz respeito à intervenção do Imperador D. Pedro II no caso de *Maria Augusta Generoso Estrela*. Esta jovem havia tentado ingressar na Faculdade de Medicina ainda no Brasil, mas havia sido recusada. Fará então sua formação nos Estados Unidos. Nesse meio tempo, seu pai perdeu toda a sua fortuna e não teria mais como manter a filha estudando. D. Pedro II, sensibilizado com o caso, passa então a apoiar moralmente e a financiar materialmente Maria Augusta desde 1877 até o término dos seus estudos (Kaastrup, 1983).

Maria Augusta Generoso Estrela nasceu no Rio de Janeiro em 1860, filha de um abastado comerciante português. Teve uma instrução aprimorada e acompanhou o pai à Europa, onde estudou por alguns meses, aos 13 anos de idade. Aos 14, decidiu estudar medicina, inspirada pela leitura de revistas norte-americanas e pela formatura de uma moça naquele país. Em 1875 viajou para os Estados Unidos e em 1876 conseguiu matricular-se no New York College and Hospital for Women, mas não sem enfrentar alguns obstáculos. Maria Augusta teve inicialmente indeferida a sua requisição para os exames por não ter ainda os 18 anos exigidos nos estatutos da instituição. Sem desistir, solicitou uma audiência para explicar os motivos de sua insistência, na qual alegou que se tinha inteligência suficiente para ser aprovada nos exames, sua idade não importaria.

Sua atuação garantiu que ingressasse no curso com apenas 16 anos. Em 1879 concluiu o curso, sendo aprovada com destaque em todas as matérias, mas teve de esperar até 1881, quando atingiria a maioridade, para receber o diploma de médica. Sua formatura, que teve lugar em um salão decorado com bandeiras americanas e brasileiras, foi abrilhantada pela presença de inúmeros brasileiros residentes em Nova York, que viram Maria Augusta receber a medalha de ouro pela melhor dissertação sobre o assunto de ordem clínica, além de ser a oradora da turma (Kaastrup, 1983).

Nossa primeira médica regressou ao Brasil em 1882, quando foi recebida com calorosas homenagens, inclusive pelo imperador. No processo de revalidação de seu diploma, foi aprovada com distinção nas provas de habilitação feitas perante os professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Logo em seguida começou a clinicar, atendendo sobretudo mulheres e crianças, não raras vezes gratuitamente. Em 1884 casou-se com o farmacêutico Antonio da Costa Moraes, com quem teve quatro filhos. Faleceu em 1946, no Rio de Janeiro. Maria Augusta é uma personagem a ser destacada não só pela conquista singular de ser a primeira médica brasileira, mas também pela consciência que expressava em relação ao significado disso para as outras mulheres. É o que aparece na carta dirigida ao pai e publicada *Jornal do Commercio* em 22 de fevereiro de 1880:

> *A sua filhinha vencerá o campo da ciência médica somente à custa de seus árduos estudos, dedicação e perseverança. Além dos dissabores, provações e lágrimas. Mas acima de tudo isto, meu querido papai, ainda resta dizer-lhe que a minha maior satisfação é poder ser útil ao meu sexo, na carreira que abracei e que ninguém poderá dizer em tempo algum, que obtive o meu pergaminho de doutora com empenhos ou com dinheiro, porque todos sabem que papai é pobre, que sua Majestade o Imperador é que tem concorrido desde dezembro de 1877, para a continuação de meus estudos até finalizá-los e tenho certeza de que ele não estará arrependido de ter-me prestado sua alta proteção, pois apliquei-me aos estudos como devia e tenho sabido honrar sempre com toda dignidade o sexo a que pertenço e a bandeira do meu país.* (Apud Kaastrup, 1983:48-49)

Em 1879 D. Pedro II teria novamente uma participação importante na história das médicas brasileiras, ao assinar o decreto que abria as portas das faculdades médicas brasileiras às mulheres. A primeira a receber o grau de doutor em medicina por uma faculdade brasileira foi a gaúcha *Rita Lobato Velho Lopes*, que se matriculou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1884.[63] Em 1885 ela se transferiu para Salvador, onde completou seus estudos.[64] Foi com a dissertação *Métodos Preconizados nas Operações Cesarianas* que recebeu o diploma em 1887, aos 21 anos. Retornou ao Rio Grande do Sul, onde se casou e teve uma filha. Abriu em Porto Alegre um consultório dedicado às doenças de senhoras e a partos. Clinicou até 1926 e faleceu em 1954 (Kaastrup, 1983).

Ermelinda Lopes de Vasconcelos foi a primeira a se diplomar no Rio de Janeiro. Ermelinda nasceu cega e foi curada posteriormente, quando um médico descobriu que seu problema tinha como causa uma inflamação. Saindo do Rio Grande do Sul, onde nascera, veio com a família para o Rio de Janeiro. Seus pais, temerosos de que seu mal

reaparecesse, proibiam-lhe os estudos. Mas, vendo o percurso dos irmãos, Ermelinda insistiu para ser alfabetizada e depois freqüentar uma escola. Em 1881 se formou na Escola Normal de Niterói. Mas, inspirada pela leitura de livros e revistas feministas, com os quais compartilhava as idéias sobre a posição da mulher na sociedade, pretendia chegar mais longe, e se matriculou na Faculdade de Medicina. O pai era contra sua filha abraçar uma profissão masculina, mas acabou sendo vencido. Para o ingresso na faculdade faltavam-lhe os exames preparatórios, que foram realizados no Colégio Pedro II. O presidente da banca examinadora de filosofia foi Silvio Romero e o ponto sorteado, o direito do cidadão para com o Estado. A estudante discorreu sobre as conquistas a que a mulher tinha direito, no que foi refutada por Romero. Uma séria discussão se travou entre os dois, mas Ermelinda conseguiu ser aprovada e ingressar no curso de medicina (Kaastrup, 1983).

Ao longo dos quatro anos de curso, recebeu várias distinções.[65] Em setembro de 1888 concluiu sua tese de doutoramento, cujo tema era *A Meningite na Infância e seu Diagnóstico*. A emoção parece ter sido tanta que a moça voltou a ficar temporariamente cega. Em novembro do mesmo ano defendeu a tese assistida pelo imperador, que teria pronunciado: "Como o velho Simeão que no templo osculou o Filho de Maria Santíssima dizendo 'já posso morrer porque vi o Senhor Deus', também digo neste momento 'já posso morrer porque vi uma brasileirinha defender uma tese e se preparar para a prática da sublime arte-ciência – a medicina" (Apud Kaastrup, 1983:43). Terminado o evento, organizou-se uma passeata pelas principais ruas da cidade, na qual a jovem estudante foi saudada por figuras como Ferreira Araujo, José do Patrocínio, Quintino Bocaiúva e Rui Barbosa. Sua colação de grau se deu em 26 de dezembro de 1888, e mais uma vez estava presente o imperador. Em 1889 casou-se com o Dr. Alberto Xavier de Sá, antigo colega que conhecera no seu primeiro dia de aulas na faculdade. Depois de formada fez uma viagem à Europa, onde pôde freqüentar vários hospitais e estudar com mestres como Doyen e Pozzi, na França. Conseguiu conquistar uma vasta clientela durante os ciqüenta anos em que exerceu a medicina. Chegou a realizar 10.035 partos e assistiu às esposas de Rui Barbosa, Marechal Deodoro e Campos Sales (Kaastrup, 1983).

A próxima médica a se formar foi *Antonieta Cesar Dias,* no Rio de Janeiro em 1889, defendendo uma tese sobre hemorragia puerperal e dedicando-se posteriormente à ginecologia e obstetrícia. A seguinte é *Amelia Pedroso Benabien*, que dissertou sobre as anomalias do cordão umbilical, sendo aprovada pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1890. No mesmo ano e também na Bahia foi aprovada *Ephigenia Veiga*, que escolheu como tema de dissertação os métodos antiopáticos em obstetrícia. Ainda na Bahia formava-se em 1893 *Francisca Praguer Froes*, que estudou a raspagem do útero (Kaastrup, 1983). A julgar pelas teses apresentadas por essas pioneiras, os cuidados da mulher e das crianças eram privilegiados. Esta preferência deve ter sido muito influenciada pelo fato de que se concebia muito mais facilmente na época que uma mulher tratasse de outra mulher e dos assuntos relacionados à maternidade e à infância do que sua dedicação a pacientes homens ou a outras especialidades da medicina.

A época era de grandes restrições à ocupação por mulheres de profissões consideradas masculinas. E o acesso de cada uma dessas jovens aos bancos das faculdades

não acontecia sem a superação de obstáculos práticos e restrições de ordem moral. Freqüentemente, o assunto gerava polêmicas públicas, dividindo a sociedade entre os partidários da educação feminina, especialmente a profissionalizante, e de outros direitos da mulher, e aqueles que defendiam que esta se mantivesse nas funções domésticas. Um debate dessa ordem foi o que estremeceu a Assembléia de Pernambuco no começo da década de 80. *Josefa Augusta Felisberta Mercedes de Oliveira* desejava estudar medicina no estrangeiro. Diante do desejo da filha, Romualdo do Oliveira apresenta à Assembléia a solicitação de uma subvenção mensal, a fim de que a menina de 14 anos pudesse estudar nos Estados Unidos ou na Suíça. A discussão em torno do requerimento dividiu a Assembléia em dois blocos: aqueles que defendiam a emancipação da mulher e os que negavam seu acesso às profissões, respaldados nas teorias científicas que pregavam a sua inferioridade orgânica e o menor peso do cérebro feminino. Esta última tese era defendida pelos médicos Malaquias Gonçalves da Rocha e Ermínio Coutinho, enquanto a emancipação era proposta por Tobias Barreto de Menezes e o Barão de Nazaré. Durante duas semanas os debates na Assembléia foram assistidos por uma vasta audiência, e essa polêmica foi a mais ruidosa daquela legislatura. Os discursos de Tobias Barreto e do Barão de Nazaré mereceram aplausos frenéticos e flores das galerias. A própria Josefa de Oliveira chegou a se dirigir aos deputados, implorando-lhes a subvenção para que pudesse ser útil à sua província. Em 1882 a subvenção, já aprovada na Assembléia, foi finalmente sancionada pelo governo (Kaastrup, 1983).

Não se conhece bem a história dessas pioneiras e das outras mulheres que seguiram seus passos. Não se sabe, por exemplo, até que ponto foram influenciadas pelas doutrinas feministas que começavam a despontar. Sabemos que tiveram de lutar para chegar a freqüentar o curso de medicina, o que implicava romper com os padrões de comportamento considerados normais para as mulheres da época. Enfrentaram os desafios da vida acadêmica e profissional, correndo o risco de serem desaprovadas social e moralmente. A julgar pelos temas das teses e pelas informações que temos sobre suas atuações, dedicaram-se preferencialmente ao estudo e ao tratamento de mulheres e crianças. De uma certa forma, continuaram a trajetória das parteiras que antes gerenciavam a saúde feminina. Mesmo como mulheres profissionais, ainda permaneciam vinculadas ao domínio da maternidade e da reprodução.

Esses fatos que fazem referência à entrada da mulher na profissão médica mais uma vez recolocam o tema central deste livro, ou seja, como a medicina estava preocupada em construir um amplo leque de conhecimentos em torno da diferença sexual e em manter uma determinada hierarquia entre os gêneros. O impasse colocado pelas mulheres que queriam se tornar médicas é resultado, por um lado, de uma negação às mulheres do direito de ocupar uma profissão como a medicina – o que reflete uma rígida divisão de trabalho e também de poder. Por outro, está baseado no argumento de que as mulheres não teriam condições físicas de suportar os anos de árduos estudos e de trabalho – o que põe em relevo uma concepção segundo a qual homens e mulheres se diferenciam radicalmente por suas características físicas. Mesmo nessa discussão profissional mais interna, ou talvez exatamente por ela se dar dentro dos limites institucionais da medicina, o tema de uma marcada diferença entre os sexos, expressa em termos de papéis sociais adequados e de limites físicos, aparece em destaque.

Notas

1 Carrara (1996, 1997) faz referência à constituição da andrologia no Brasil a partir do trabalho de José de Albuquerque, em torno da década de 30.

2 Carrara (1996:16) menciona: "o interesse das autoridades policiais em moralizar e disciplinar o espaço público (a luta contra a prostituição, a pornografia, o álcool, etc.); o das feministas na rediscussão da condição feminina e dos papéis sexuais; o dos padres e pastores na salvação das almas de seus fiéis e na conservação de sua pureza moral; e também o dos governantes na manutenção da saúde de seus cidadãos ou na implementação da eficiência bélica de seus soldados".

3 O trabalho de Borges (1993) oferece um bom quadro de referências sobre a degeneração no pensamento social brasileiro entre 1880 e 1940, considerando, entre outros pontos, a importância dessa noção nas concepções sobre a nação brasileira.

4 O autor lembra que também a miscigenação racial era percebida como uma grande ameaça à raça, mas afirma que a partir da década de 20 do século passado as atenções, dos eugenistas inclusive, se concentrariam mais sobre a sífilis. A ênfase geral era no saneamento do país, por meio do combate às doenças epidêmicas e endêmicas, e na educação do povo, o que levaria a uma redenção eugênica (Carrara, 1996).

5 Sobre o exame pré-nupcial, pressupunha-se que as 'senhorinhas' fizessem exames mais simples que os noivos. O pudor fazia os médicos considerarem que só nos casos mais graves se deveria exigir o exame ginecológico (Carrara, 1996:250). A. L. Duarte (1999:218) cita que o exame pré-nupcial também constava entre as prescrições defendidas na 3ª Semana de Saúde da Raça, organizada pela Sociedade Brasileira de Urologia entre 13 e 18 de dezembro de 1943.

6 A necessidade da conformação de cidadãos controlados, educados e adequados à nova ordem nacional foi tratada por Russo (1997) com base na análise da conjugação entre pedagogia e psicanálise nas primeiras décadas do século XX no Brasil. A autora afirma que a sexualidade constitui o núcleo central do projeto educativo-civilizatório empreendido pelos nossos primeiros psiquiatras/psicanalistas.

7 Carrara (1996:162) afirma: "A moral sexual científica que os médicos inauguravam avaliava as relações do ponto de vista de sua função ou utilidade na manutenção da saúde individual e – sobretudo nesse momento – coletiva. Assim, de um modo geral, aos homens, principalmente aos homens casados, o que os médicos pediam (e, em determinadas circunstâncias, puderam exigir) era que abdicassem das prerrogativas que lhes dava a tradição e que assumissem sua responsabilidade biológica. Para isso, antes de mais nada, deviam aceitar o fato de que, como já dizia Pires de Almeida em 1902: "Os órgãos da geração pertencem antes à família, do que a si próprios; e que destruindo-os por qualquer forma, praticam a mais dura violência contra a prole. Efetivamente as esferas [os testículos] são os seios do homem, e, como estes, devem merecer os mesmos cuidados e a mesma idolatria que as pomas na mulher."

8 Berriot-Salvadore (1993:1-3), estudando a literatura médica da Renascença, também localiza naquele contexto a presença de um modelo de representação da mulher como destinada para os papéis de mãe e esposa baseado em uma ordem inscrita na natureza. Embora a ginecologia vá sistematizar este modelo de uma forma jamais vista, pode-se dizer que as bases para um pensamento médico que assenta a hierarquia social do sexos em uma lei biológica já estavam dadas.

9 Sobre a definição da sexualidade feminina a partir da natureza no século XVIII, ver também o trabalho de Steinbrügge (1995).

10 Moscucci (1996:215, nota 31) afirma que concorda com Laqueur (1992) quando este situa a instauração da diferença qualitativa radical entre os sexos a partir do fim do século XVIII, mas defende que também há a permanência do parentesco entre homens e mulheres.

11 Tanto a preocupação com a diferença sexual quanto essa ambigüidade na preponderância de fatores sociais ou naturais no estudo do comportamento feminino são identificadas por Besnard também em cientistas sociais não médicos. Estudando a análise de Durkheim sobre o suicídio, o autor comenta: "Ademais, trata-se da posição hegemônica na época explicar a menor tendência das mulheres ao suicídio e à criminalidade em função de sua menor participação na vida social, ao mesmo tempo que se explicavam as variações das taxas de suicídios e de criminalidade entre as mulheres através de 'causas orgânicas'. Assim, na *Année Sociologique*, as resenhas das obras sobre criminalidade, preparadas seja por Gaston, seja por Richard, seja por Durkheim, dedicavam interesse especial aos resultados que tendiam a mostrar a influência agravante da menstruação" (1973:33, nota 13).

12 Foi somente nas primeiras décadas do século XX que o urologista inglês Kenneth Walkes obteve maior êxito na divulgação da andrologia como o estudo das doenças dos órgãos masculinos da geração (Moscucci, 1996).

13 Além disso, diferenças sexuais mais explícitas, como o tamanho da genitália, também eram usadas para comparação. Analisando a iconografia da sexualidade feminina na arte, medicina e literatura no final do século XIX, Gilman (1985) demonstra como a sexualidade dos negros, e especialmente das mulheres, era percebida como desviante. Comprovavam-se as diferenças raciais por um lado, e a inferioridade feminina por outro.

14 Essa possibilidade de comparação a partir da pelvimetria foi desenvolvida também no Brasil. A tese de Justo J. Ferreira, defendida em 1887 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, trata de como a bacia pode servir como meio para distinguir as raças. Com base em pesquisas realizadas na Maternidade da Faculdade de Medicina e no Museu Nacional, o autor define as especificidades da raça negra, especialmente as suas 'predisposições mórbidas', embora haja algumas vantagens, como uma maior resistência das mulheres à febre puerperal. Além disso, salienta que o seu estudo concilia a obstetrícia com a antropologia, indicando que esta aproximação apontada por Moscucci (1996) para a Grã-Bretanha também acontecia aqui. Faria (1952:11) também menciona esta relação. Na França, os periódicos de ginecologia e obstetrícia estão repletos das análises feitas pelos médicos franceses sobre as

'curiosidades' ginecológicas que observavam nas nativas de suas colônias. Ver, por exemplo, a resenha ao trabalho do Dr. Felkin, intitulado Contribuition à l'étude de la détermination du sexe d'après des observations faites au sein d'une tribu d'Afrique, publicado nos *Annales de Gynécologie* em 1886, e o artigo do Dr. Joyeux chamado Quelques coutumes gynécologiques et obstétricales de la Guinée Française, publicado nos *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie* em 1912.

15 David Le Breton (1993:40-43), em um instigante trabalho que traça a história da anatomia, descreve essa hierarquia severa dos saberes editada pela Igreja. Os médicos resguardados na posição de clérigos se dedicavam à especulação e aos livros, não ousando intervir nas doenças 'externas', tocar no corpo do doente ou 'fazer correr sangue'. Os cirurgiões são tratados como trabalhadores manuais. Sua atividade está no plano das artes mecânicas. Nas universidades, os professores leigos são mantidos afastados e não se ensina a cirurgia. Em Paris, em 1350, a Faculdade de Medicina obriga os bacharéis a jurarem jamais proceder a uma cirurgia.

16 Pecker (1961) faz um apanhado da história da anatomia feminina, considerando especialmente os órgãos reprodutivos.

17 Para uma história detalhada dos autores e das técnicas, pode-se recorrer a Cianfrani (1960), Cutter e Viets (1964) e O'Dwod & Philipp (1994).

18 A trajetória de Paré é interessante porque, embora ele tenha feito grandes progressos na cirurgia, não era formado em medicina e não sabia latim, o que lhe valeu o desprezo dos colegas médicos (Le Breton, 1993).

19 Rousset relata que em 1500 um criador de porcos, diante dos esforços infrutíferos de 13 parteiras, teria praticado a cesariana na sua mulher, que sobrevivera juntamente com a criança. Mas, segundo Plínio, foram Sipião o Africano, o primeiro da família dos Césares, e um certo Ceson os primeiros extraídos com vida do ventre da mãe morta no parto (Darmon, 1977).

20 Tatlock (1992), analisando a relação entre parteiras e médicos na Alemanha dos séculos XVII e XVIII, aponta para a necessidade de romper com o mito simplista de que a tradição ignorante das parteiras foi vencida pelo profissionalismo científico dos homens. Ela sugere que as parteiras recorreram especialmente à interdição aos homens de tocar o corpo feminino para manter seus lugares, embora, com a mediação dos instrumentos, os cirurgiões tenham conseguido tornar o corpo da mulher passível de tratamento científico.

21 Notadamente na França, uma grande preocupação dos médicos era o aleitamento. O estudo de Fäy-Sallois (1997) mostra como a indústria das amas-de-leite foi alvo de um severo ataque por parte dos médicos.

22 De acordo com O'Dwod & Philipp (1994), as primeiras sociedades integrando ginecologistas surgiram nos Estados Unidos: a Boston Gynaecological Society, fundada em 1869, e a American Gynaecological Society, que surgiu em 1876.

23 Vale lembrar que a Academia de Medicina de Paris havia sido fundada em 1820. Para uma história detalhada da Sociedade de Medicina, posteriormente Academia Imperial

de Medicina e, com a proclamação da República, Academia Nacional de Medicina, ver Nascimento (1929).

24 O primeiro jornal de medicina fundado no Brasil em 1827 se chamava *O Propagador das Ciências Médicas* e foi obra do Dr. Sigaud, que já havia dirigido um jornal médico na França. Seu principal objetivo era a divulgação no Brasil dos progressos da medicina francesa e européia. Já em 1828 surge o *Semanário de Saúde Pública*, órgão da Sociedade de Medicina (Nascimento, 1929; Machado et al., 1978).

25 Sobre a composição dessa elite médica e sua relação com as sociedades médicas e a Faculdade de Medicina, especialmente no que se refere aos impasses do ensino e da profissão médica no Brasil, ver Edler et al. (1992).

26 O médico F. Magalhães (1922:17-18), ao traçar a história da ginecologia e obstetrícia seguindo um modelo linear e evolutivo, comenta que a separação entre medicina e cirurgia "gerou e nutriu a raça dos boticários, barbeiros, charlatães, segredistas, mezinheiros, impostores que então exploravam o povo inculto dos campos e nele alcançavam fortunas; também estes chegaram até nós, fugindo à solidão e à monotonia dos povoados, infestando, com proveito, tolerância e aplauso, cidades populosas e civilizadas".

27 As doenças genito-urinárias masculinas também não são objeto de grandes intervenções durante o século XIX. Embora se realizem, em alguns casos, a amputação do pênis e a castração em razão de tumores e ulcerações, problemas como os cálculos na próstata ou tumores do escroto só passam a aparecer na bibliografia médica brasileira a partir de 1870 (Santos Filho, 1991).

28 O mesmo espanto com que eram vistas as práticas das parteiras também está presente nas observações de historiadores da obstetrícia no Brasil quanto às práticas indígenas. Tanto Fernando Magalhães (1922) quanto Jorge de Rezende (1983) incluem tais práticas como se fossem parte da história dessa especialidade médica, mas não sem emitir opiniões que atestam o 'atraso' e o caráter 'rudimentar' dos costumes descritos. Magalhães destaca o importante trabalho de Roquette Pinto, que merece reconhecimento pelo estudo da conformação pélvica das índias do Brasil, reconhecendo-lhes uma bacia grácil do tipo *equabiliter juxta minor*. Rezende (1983) também transcreve com espanto as notícias coloniais acerca dos partos indígenas, do rápido retorno da mulher às suas atividades, do tratamento privilegiado dado ao pai da criança, dos abortos provocados.

29 No livro *O Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, Fernando Magalhães (1932) traça um perfil dos ocupantes de todas as cadeiras da Faculdade de Medicina, incluindo suas publicações.

30 Na sua história da obstetrícia no Brasil, Magalhães (1922) se esforça em mencionar eventos que desabonem Erico Coelho. Sobre o desentendimento entre os dois, ver as informações trazidas pelo *Brazil Medico* (1920).

31 Sobre a biografia de Fernando Magalhães, ver também Magalhães (1944).

32 Na Bahia, a situação não foi muito diferente da do Rio de Janeiro. Em 1862, aparelhou-se uma sala da Santa Casa de Misericórdia para servir de maternidade. Mas é

somente em 1910 que Climerio Cardoso de Oliveira inaugura o edifício destinado a uma maternidade. Em São Paulo e em outros estados, as dificuldades também foram grandes. Ver Magalhães (1922).

33 A Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil foi fundada em 16 de agosto de 1897, sendo a diretoria assim composta: Feijó Filho (presidente), Rodrigues dos Santos (1º vice-presidente), Rodrigues Lima (2º vice-presidente), Augusto Brandão (1º secretário), Carvalho de Azevedo (2º secretário), Vieira Souto (tesoureiro) e Rocha Freire (bibliotecário) (*Brazil Medico*, 1897).

34 Ao longo de todo o trabalho de Alfredo Nascimento (1929), que descreve os primórdios e evolução da medicina no Brasil, tem-se inúmeras informações sobre como a obstetrícia e a ginecologia, ao lado da psiquiatria e da medicina legal, constituem algumas das especialidades que se distinguirão no cenário médico brasileiro. É preciso notar que a formação de um quadro de especialistas e sua organização em associações não se deu sem conflitos com aqueles que privilegiavam uma orientação mais generalista. Estudando os precedentes da criação do Sindicato Médico Brasileiro, em 1927, Pereira Neto e Maio (1992) chamam a atenção para uma cisão da categoria médica entre os higienistas, os clínicos e os especialistas.

35 A medicina legal, por exemplo, lecionada desde a fundação das faculdades do Rio de Janeiro e Bahia, também englobava temas relacionados à mulher e à reprodução. O infanticídio, o casamento, o aborto, a gravidez e o parto eram alvo da atenção dos médicos legistas (Santos Filho, 1991).

36 Os colégios passam a se constituir como o laboratório dessa educação. São um espaço pensado para produzir a ordem e a salubridade. A disciplina ganha destaque na administração do tempo, do corpo e suas funções, e no adestramento das novas maneiras e conhecimentos. Nesse quadro de 'normatizações', o sexo era a principal preocupação. Os colégios viviam tentando encontrar meios para afugentar o mal da masturbação. Alguns higienistas chegaram a condenar o internato porque facilitava tal prática, tão estranha ao novo ideal de identidade entre sexualidade, amor no casamento e procriação (Costa, 1983).

37 Ver Silva (1984), na Colônia, a Igreja era o grande agente regulador do casamento e da sexualidade e traçava as fronteiras entre a sexualidade permitida e a pecaminosa. Dain Borges (1991) mostra como ao longo do século XIX e no começo do século XX desenvolve-se uma complexa 'disputa' entre Igreja e medicina social, especialmente no que se refere a temas como casamento, família, reprodução e sexo. O autor afirma que, especialmente na passagem do século, a Igreja empreendeu significativos esforços para conter a ameaça de 'desagregação da família' surgida com a entrada da mulher de classe média no mercado de trabalho. Entre as iniciativas, destacam-se uma maior dedicação da imprensa católica ao tema do papel da mulher na sociedade e à criação de associações femininas de devoção e caridade.

38 Segundo Corbin (1991), os médicos europeus exploravam a importância da sexualidade para a saúde da mulher e entregavam ao marido a responsabilidade por uma sexualidade temperada, que salvasse a esposa dos perigos da ninfomania ou do nervosismo.

39 Bicalho (1988) apresenta evidências de como já em fins do século XIX havia um imprensa feminina que criava novos padrões de sociabilidade, incluindo valores como individualidade, igualdade e emancipação da mulher.

40 Almeida (1987) vê o aparecimento da família nuclear como um marco da ascensão da burguesia industrial, tanto como desenvolvimento da ideologia protestante quanto como reação à decadência de costumes da aristocracia. De qualquer forma, ela estava sintonizada com os ideais da democracia advindos da Revolução Francesa, embora com particularidades: a igualdade surgia como um valor dominante, mas uma igualdade que não transpassava as diferenças naturais entre homens e mulheres, garantindo, bem ou mal, a manutenção da hierarquia entre eles.

41 De acordo com Mary Del Priori (1993), essa ênfase no corpo feminino com base na maternidade que se intensifica no século XIX já se encontrava presente no período colonial de várias formas.

42 Em contraste com o ideal propagado especialmente pelos médicos, pode-se citar a multiplicidade de papéis e ocupações exercidos pelas mulheres no século XIX. Para um panorama geral, ver os trabalhos de Dias (1995) e Quintaneiro (1996).

43 Sobre a construção da histeria por Charcot, em princípio como uma afecção feminina, no âmbito da psicologia fisicalista francesa, ver Barberis (1992).

44 Duarte (1986) demonstra como essas figuras nosológicas e o modelo de sujeito nelas implícito estariam associadas ao que chamou de 'configuração do nervoso', cujo auge ocorre no final do século XIX. Sobre a neurastenia, a medicalização dos nervos e até mesmo a sua apreensão como um 'barômetro' das preocupações e mudanças sociais no século XIX, especialmente quanto ao gênero, ver Davis (1989).

45 G. Swain, discutindo a histeria no âmbito da 'despossessão subjetiva', vai ainda mais longe: "Deve-se conceber a histeria e o discurso médico sobre a histeria como 'reveladores'. Até Charcot, na histeria, e a propósito dela, algo se simboliza: o destino feminino. A doença funciona como um cenário onde se desvenda ou se exibe a verdade do corpo feminino, e a condição que disso resulta. Pois a mulher é inteira por seu corpo, ou ao menos por uma parte dele: sua parte reprodutiva, a *hystera* dos gregos, e os órgãos associados, cujas manifestações histéricas têm exatamente por função evocar e assinalar o domínio preponderante" (Swain, 1983:107. Grifos da autora.).

46 Sobre a influência das concepções médicas nos romances naturalistas, por exemplo, ver Engel (1989b). Peter Fry (1982) chamou a atenção sobre a importância da ciência médica na definição das identidades sexuais que aparecem na literatura. Para uma análise mais ampla, centrada nas obras de José de Alencar e Machado de Assis, ver Ribeiro (1996).

47 Badinter (1985) explora esse conceito de mãe desnaturada usado pelos médicos para convencerem as mães das necessidades de aleitamento e cuidados com os filhos. Ela enfatiza que sob as luzes das idéias de Rousseau e outros pensadores que valorizavam o selvagem como o exemplo da boa natureza do humano, as mães européias dos séculos XVIII e XIX são levadas a abandonar os costumes aristocráticos de recusa de uma vivência intensa da maternidade. No caso do Brasil, segundo o que os cronistas da época enfatizam, as mães seriam acima de tudo 'pouco civilizadas e preparadas'.

Parece que aqui os médicos higienistas tiveram de lançar mão, ao invés dos argumentos da boa natureza, dos argumentos da boa educação e de valores associados à urbanização e modernização para o sucesso de seu empreendimento.

48 Sobre a figura da mulher como obsessiva sexual e suas implicações na teoria da degeneração, ver a análise de Carrara (1992) sobre o romance *As Mulheres Fatais*, do médico Claudio de Souza.

49 A autora cita um trecho exemplar da tese intitulada *Da Degeneração Psíquica*, defendida em 1895 por L. Oliveira: "O degenerado é todo aquele que, vitorioso ou vencido pela luta da existência, por defeitos hereditários ou por lesões adquiridas do caráter ou por funcionamento atávico, psíquico, fica improdutivo ou nocivo à sociedade" (Apud Nunes, 1991:56).

50 Além disso, na França, o médico também vai pouco a pouco perdendo o seu pedestal de benfeitor. A lei que em 1892 prevê a gratuidade da assistência médica transforma o que era um estado de fato em estado de direito, institucionalizando a filantropia médica. O médico continua cuidando da saúde dos pobres, mas agora o faz por dever e por um salário. A relação com o paciente, agora marcada mais claramente pela mercantilização, também afetará o seu prestígio social e a fundação moral da profissão. Isso se agravará com a lei de 1898 sobre os acidentes de trabalho, que obriga o médico a negociar sua posição entre os interesses divergentes do trabalhador, beneficiário do novo direito, e o patrão, que pagava a conta (Darmon, 1988).

51 Um caso famoso foi o do Doutor Watelet, ocorrido em 1884. Este médico, auxiliado por outros colegas, havia tratado o pintor Bastien-Lepage de um câncer no testículo. Em um momento posterior, o paciente parte para uma viagem à Argélia, falecendo logo após o seu retorno. Logo os jornais, desconhecendo a natureza da doença que afetava o paciente, passam a acusar o médico de ter prescrito a viagem para se desembaraçar dele, sabendo que aquele clima lhe seria prejudicial. Watelet fica entre o dilema do segredo profissional e a condenação do público, até que resolve contar aos jornais a natureza e a gravidade do mal sofrido pelo pintor. Reabilitado perante a opinião, ele passa a ser perseguido e condenado pela Justiça por violação do segredo profissional. Este caso dá uma idéia dos conflitos vividos pelos médicos quando da necessidade de violação do segredo (Darmon, 1988; Villey, 1986).

52 Esse tema aparece na interessante tese de José F. da C. Cruz intitulada *Do Hipnotismo e da Sugestão com Aplicação à Tocologia*, defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888.

53 Mary Poovey (1986) destaca que os debates em torno da anestesia evidenciam o quanto o corpo feminino serve como um terreno privilegiado para discussões políticas. Segundo a autora, mais do que a situação específica da mulher anestesiada, estavam em jogo disputas sobre concepções religiosas, morais, sexualidade, e embates profissionais.

54 Moscucci (1996) relata o caso de um médico que acreditava que os sintomas paraplégicos de uma paciente eram resultados de uma inflamação uterina. Na tentativa de demonstrar sua hipótese, mesmo sabendo que a paciente era virgem e não

havia jamais sofrido de doenças ginecológicas, o médico procedeu ao exame com o espéculo. Uma semana depois os sintomas reapareceram e a mulher morreu. A autópsia demonstrou que ela sofria de uma inflamação na base do crânio e não tinha nenhum problema no útero.

55 O exame ginecológico foi tema de algumas teses na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Já em 1847 Carlos F. dos S. X. Azevedo tratava do assunto, considerando especialmente o problema do pudor feminino como impedimento do exame, tema retomado por Mario de Gouveia em 1906 e por Vicente Belmonte em 1927. Este último afirmava que o exame só deveria ser feito quando fosse imprescindível, com a presença de um outro colega médico e com o mais severo cuidado: "Nas explorações digitais e instrumentais, nunca introduzir o dedo ou o espéculo sem examinar atentamente a vulva, sem verificar a ausência da membrana hímen, por isso, que, lidando o profissional com clientes, mulheres, de todas as esferas sociais, a de baixa camada social, em geral ignorante, não informa convenientemente certos detalhes e se o operador for precipitado cometerá talvez atentado – e poderá passar futuramente por sérios aborrecimentos" (Belmonte, 1927:32-33).

56 É interessante que um estudo recente aponte para a continuidade de alguns dos dilemas colocados pelo exame ginecológico. Katharine Young (1997), estudando a prática do exame durante a década de 80 do século XX, mostra como são introduzidos procedimentos para evitar o medo e desencorajar alusões à sexualidade, identificando-se o corpo como simples objeto examinado.

57 Eynard (1981) contextualiza a reivindicação da entrada da mulher na profissão médica como parte de um movimento mais geral pelo direito à educação feminina que ocorria na segunda metade do século XIX.

58 Analisando o periódico francês de vulgarização médica *Journal de la Santé*, publicado entre 1889 e 1914, Juramy (1986) mostra que os artigos das médicas não se diferenciavam muito daqueles dos colegas homens. Com exceção da Doutora Marie Pierre, que defendia mais explicitamente a causa feminina e criticava alienistas e ginecologistas pelo fato de verem mulheres doentes em todos os lugares, as outras médicas reproduziam o discurso masculino.

59 Lorber (1997), traçando um panorama da presença da mulher nas profissões médicas do século XIX até os dias de hoje, mostra que apesar da liberdade de acesso, uma hierarquia baseada no gênero continua delimitando a atuação das mulheres. Isso se reflete na definição de especialidades 'mais femininas', como a pediatria, a obstetrícia e a ginecologia, ou na relação entre médicos homens e enfermeiras mulheres. Além disso, seu estudo identifica uma percepção diferenciada dos pacientes, baseada no sexo dos médicos que os atendem. Para uma análise sobre o significado social e de gênero da mulher no papel de cirurgião, ver Cassell (1996).

60 Juramy (1986) menciona que em 1865 o ministro da Instrução Pública da França autoriza Mlle. Reingguer a se inscrever na Escola de Medicina da Argélia, com a esperança de que por intermédio de uma mulher fosse possível fazer penetrar os benefícios da ciência médica no fechado mundo feminino daquela sociedade.

[61] Eynard (1981) e Juramy (1986) se referem ao fato de que durante a Idade Média existiam mulheres praticantes de medicina que tiveram sua atividade proibida a partir do momento em que o ensino médico se encaminhava para sua institucionalização.

[62] A trajetória de Madeleine Brès dá uma idéia das dificuldades enfrentadas pelas pioneiras no acesso à profissão médica. Casada com a idade de quinze anos, aos vinte e um ela se encontrava viúva e mãe de três filhos. É nessas condições que ela decide retomar os estudos visando à carreira médica, o que lhe foi recusado. O caso avançou até chegar a ser examinado pelo Conselho de Ministros, na ocasião presidido pela imperatriz Eugénie, que apoiou a causa de Madeleine. A sujeição a licenças especiais para freqüentar o curso de medicina vai durar até 1880, época em que o número de pedidos era tão grande que obrigou a uma mudança de estratégia pela faculdade. Vale destacar que boa parte desses pedidos vinha de estudantes estrangeiras, especialmente russas, que ainda não tinham qualquer possibilidade de acesso à medicina em seus países (Darmon, 1988).

[63] Kaastrup (1983) afirma que há informações de que Ambrosina de Magalhães teria sido a primeira mulher a se matricular na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Sabe-se que em 1884 estudavam na mesma faculdade: Antonieta Cesar Dias, Ermelinda Lopes de Vasconcelos, Maria Amélia Cavalcanti de Albuquerque, Maria Torrezão Sue Suirville, Catarina Carlota Cremer Walter e Emilia Ferreira.

[64] Sobre a presença feminina na Faculdade de Medicina da Bahia, ver Azevêdo & Fortuna (1989).

[65] Kaastrup (1983) menciona o fato de que Ermelinda perdeu sua mãe, que a ajudava nos estudos, durante o período do curso. Sua tia, Carolina Trovão, veio em seu auxílio. Ela era analfabeta e, para a ajudar a estudante, decorava as lições que a sobrinha lia em voz alta e depois fazia com que esta a repetisse corretamente e sem vacilos.

3

As Teses de Medicina: a diferença sexual e suas perturbações

A medicina do século XIX e início do século XX dispensa um tratamento distinto aos problemas relativos à sexualidade e à reprodução em mulheres e homens. Nas teses e outros trabalhos produzidos pelos médicos no Brasil, observa-se um nítido movimento de construção, e mesmo de prescrição, da diferença entre os sexos. Uma diferença que se institui com base sobretudo em uma insistente vinculação da mulher com a maternidade.

Mas o argumento médico não pára por aí. As possibilidades de dissociação do par mulher-reprodução serão vistas como grandes ameaças, tanto aos indivíduos quanto à sociedade. Entre essas possibilidades, destacam-se as tentativas de controle da natalidade, a educação e o trabalho feminino, fenômenos relacionados à emancipação feminina e à instauração de uma nova ordem social. Essas perturbações remetem tanto a desordens no próprio organismo da mulher como a desordens sociais. É a partir desse quadro que a medicina da mulher se constitui não apenas como o despretensioso estudo e tratamento das doenças, mas como uma ciência da feminilidade, da diferença sexual e das desordens sociais relacionadas com as ameaças à delimitação dessa diferença.

Analisando o conjunto de teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, podemos perceber isso com nitidez. Em primeiro lugar, nota-se que a onda de progressos nas teorias e técnicas e o surgimento de novas especialidades médicas implicam uma desigualdade na atenção dedicada a cada um dos sexos. No período que cobre as últimas décadas do século XIX e o início deste, a medicina expressa uma preocupação singular com a delimitação do papel social da mulher, baseada na valorização da maternidade. O mesmo não acontece, pelo menos com a mesma intensidade, em relação ao homem.

Uma análise dos temas do conjunto de teses apresentadas ao longo dos anos já nos fornece indícios a esse respeito.[1] Foram processados os títulos das teses produzidas na faculdade entre 1833 e 1940, que constam do *Catálogo de Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro* publicado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1985. Neste catálogo constam todas as teses de medicina do acervo da antiga Faculdade de Medicina, que passou a integrar a Universidade Federal.[2]

Ao longo desse período, as teses constituíam o último requisito para que o aluno recebesse o grau de doutor em medicina. Variavam muito no decorrer do tempo

quanto às exigências, formatos e conteúdos a serem seguidos.[3] Muitas vezes as teses são repetitivas e não é estranho que surgissem acusações de plágio. Em outros casos, percebe-se que os trabalhos são resultado de uma extensa pesquisa bibliográfica e mesmo da compilação de observações em hospitais e casas de saúde. As páginas iniciais, que contêm agradecimentos, proêmios, dedicatórias, deixam transparecer o caráter solene e prestigioso que o documento poderia adquirir.

Porém, o mais importante é que esse tipo de material advém de uma instituição de reprodução profissional, além de representar aquilo que poderia existir de mais oficial no pensamento médico. Afinal, essas teses eram julgadas pela elite médica da época, composta pelos professores da faculdade. As monografias que desagradavam pela falta de ortodoxia ou de respeito a determinados limites morais implícitos estavam fadadas à reprovação. E embora a busca de novos conhecimentos fosse reconhecida, seu conteúdo deveria expressar basicamente o aprendizado do que era transmitido na própria faculdade. Assim, por meio das teses, abrimos uma porta para o acesso ao que melhor representava o saber médico oficial. Além disso, como se trata de uma fonte que abrange vários anos, permite uma perspectiva diacrônica sobre o pensamento médico.

Utilizei as informações do catálogo entre 1833[4] e 1940, o que totaliza 7.149 teses sobre os mais diferentes temas e especialidades médicas. Os médicos tratavam tanto de questões mais tradicionalmente inerentes ao domínio da doença e saúde quanto de questões profissionais, além de temas como qualidade do ar e da água, sistema penitenciário, escola, que refletiam um projeto de intervenção social. Desse total, foram selecionadas 1.593 referentes à sexualidade e à reprodução, o que significa 22,3%. Este número é bastante expressivo do interesse da medicina por esta temática. É bom lembrar que a seleção procurou levar em conta todas as possibilidades em que pudesse aparecer, mesmo que de forma sutil, a preocupação médica com a sexualidade e a reprodução. Por essa razão, não me limitei aos temas que seriam mais tradicionalmente definidos como do domínio da obstetrícia e ginecologia, até porque naquele momento as fronteiras entre as especialidades médicas ou não existiam ou ainda eram bastante indefinidas.

Como podemos ver na Tabela 1, a divisão dos temas por décadas não apresenta grandes variações, o número de teses se modifica a cada período, acompanhando o próprio crescimento da Faculdade de Medicina. A primeira década do século XX se destaca pelo maior número de teses defendidas. Na década de 30, especialmente a partir de 1932, o número reduz consideravelmente, anunciando modificações quanto ao estatuto das teses, que na década de 40 já seriam exclusivamente de livre-docência ou cátedra, e não mais requisito para a obtenção do diploma de médico.[5]

Tabela 1 – Temas relativos à sexualidade e reprodução por anos

Anos	Nº Total de Teses	Teses Sex./Reprod.	Porcentagem
1833-1839	77	18	23,3%
1840-1849	169	42	24,8%
1850-1859	409	132	32,2%
1860-1869	231	64	27,7%
1870-1879	672	142	21,1%
1880-1889	825	162	19,6%
1890-1899	461	97	21,0%
1900-1909	877	152	17,3%
1910-1919	1.846	375	20,3%
1920-1929	1.337	356	26,6%
1930-1940	248	53	21,3%
TOTAL	7.152	1.593	22,3%

Quanto aos temas que aqui estão rotulados de 'sexualidade e reprodução', selecionados no conjunto total das teses, estão divididos em três grandes vertentes. A primeira diz respeito a assuntos que poderiam ser classificados, dentro do arcabouço compreendido pela ginecologia e obstetrícia, como as doenças no aparelho reprodutor feminino, cirurgias, parto, gravidez. A segunda se refere a categorias que também compreendem sexualidade e reprodução, mas implicam fenômenos que têm uma conotação mais explicitamente social, como casamento, aleitamento, aborto. E por último, foram incluídas as teses que poderiam expressar a preocupação médica com a sexualidade e reprodução no caso masculino, o que significou a inclusão de doenças no aparelho reprodutor masculino, doenças venéreas e temas relacionados à urologia.[6]

Uma visão geral da variação temática das teses de medicina é proposta na Tabela 2. Nela estão indicadas as principais categorias – computadas no conjunto aqui selecionado como referentes a sexualidade e reprodução – abstraídas dos títulos das teses e do número de vezes em que apareceram entre 1833 e 1940.[7]

Destaca-se na Tabela 2 uma grande desproporção entre o número de teses que visam a órgãos, funções e problemas da mulher e o número daquelas dedicadas a órgãos, funções e problemas do homem. É claro que, como estamos tratando aqui de sexo e reprodução, e como a fecundação, gestação, parto, aleitamento se dão no corpo feminino, essa diferença se justifica em parte. A elevada freqüência de teses que focalizam estritamente gravidez, parto, puerpério ou que se relacionam a estas fases evidencia como a obstetrícia passou ao longo do século XIX e do início deste a ser um tema de franco interesse para a medicina.

Tabela 2 – Assuntos tratados nas teses

Assunto	Nº de teses
Ginecologia/Obstetrícia	
Cesariana	38
Clorose	21
Doenças no aparelho reprodutor feminino	22
Eclâmpsia	23
Embriotomia	15
Feto	20
Fórceps	25
Histerectomia	23
Histeria	25
Menstruação/Menopausa	32
Ovário	24
Ovariotomia	17
Parto	182
Pélvis	15
Placenta	44
Prenhez/Gravidez	172
Puerpério	142
Seios	17
Útero	91
Vômitos durante a gravidez	16
Questões médico-sociais	
Aborto	66
Aleitamento	43
Casamento	29
Puericultura	12
Sexo	11
Doenças no aparelho reprodutor masculino	56
Doenças venéreas	109
Urologia	83

Contudo, resta ainda uma grande porcentagem de trabalhos sobre os órgãos e funções reprodutivas femininas que não têm correspondência no caso do homem. Por exemplo: temos teses sobre a natureza do ovário – o que é, como funciona, para que serve. Mas não temos teses sobre os testículos. No conjunto que denominei doenças no aparelho reprodutor masculino, a maioria das teses é sobre tumores ou problemas na próstata e só começa a aparecer em 1869. As teses referentes à urologia não implicam no tratamento da função reprodutiva. As doenças venéreas abrigam, em uma certa medida, a preocupação com a degeneração da capacidade reprodutiva masculina. Porém, os órgãos reprodutivos masculinos não são analisados por si mesmos. Muitas vezes, as teses sobre menstruação ou mesmo sobre puberdade feminina caracterizam a vida da mulher com base nas passagens que sofre em função da preparação, do exercício e da perda da capacidade reprodutiva.[8] Não há nada que se compare quando se trata do homem, ou seja, a vida masculina não é problematizada pela medicina com base na sua capacidade ou incapacidade para a reprodução, como acontece com as mulheres.

O que estou querendo sugerir é que, de um lado, a mulher é tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, diferentemente do homem. De outro lado, quando se fala em reprodução, evoca-se quase que maciçamente a mulher, e raras vezes o homem. Um rápido exemplo disso pode ser observado nos debates em torno da esterilidade travados ainda no século XIX. Na grande maioria dos casos, os médicos pressupõem que as causas desse problema são femininas. A infecundidade do casal é pensada como resultado de falhas na capacidade reprodutiva da mulher. Somente raras vezes, e mesmo assim depois que ela tenha passado por todas as investigações possíveis, é que se cogita a possibilidade de o problema residir no homem.

Uma outra característica importante que podemos notar ao avaliar a Tabela 2 é o grau de especificidade com que eram tratados os 'problemas' relativos à mulher. Além disso, é significativo o número de teses que tratam de doenças como a histeria e a clorose. Estas duas perturbações, cujas definições se caracterizam pela fluidez dos sintomas e por sua associação com a vida sexual ou reprodutiva das mulheres, constituem exemplos paradigmáticos de como a medicina tratava certas 'doenças femininas'. Ambas são apresentadas com base na noção, bastante freqüente na época, de que desordens nos órgãos genitais poderiam gerar perturbações em toda a economia corporal feminina, causando inclusive problemas mentais.

Também é interessante que, muitas vezes, entre os sintomas que servem para diagnosticar tais perturbações estão presentes fenômenos de ordem tão diversa quanto um 'desejo sexual exagerado', fora dos limites convencionais, e a recusa em aceitar os desígnios do casamento e da maternidade. É fundamental chamar a atenção para o fato de que este tipo de 'sintoma' põe em destaque exatamente aquilo que poderia colocar em xeque a rígida delimitação de características atribuídas a cada sexo. Ou seja, tanto a manifestação do desejo sexual para além dos limites considerados normais para uma mulher quanto a negação do instinto materno, entre outros vários exemplos, rompiam com aquilo que era definido como o modelo de comportamento característico das mulheres, em contraste com o dos homens.

Acredito que, em grande medida, a preocupação da medicina da época com esse tipo de 'doenças femininas' pode ser entendida pelo receio de que as fronteiras entre os sexos fossem borradas. E isso poderia acontecer não apenas em virtude de 'desvios' de ordem física – como uma disfunção nos ovários que 'desfeminizaria' a mulher –, mas também associado a 'desvios' nas atitudes ou nos comportamentos femininos – como a recusa a ter filhos, por exemplo. Esses distintos tipos de fenômenos são apresentados pelos médicos como pertencendo a um amplo e complexo conjunto de manifestações que caracterizariam as mulheres e que são tão ameaçadores porque perturbam uma determinada ordem entre os gêneros.

Especialmente a correlação entre problemas nos órgãos genitais e perturbações de ordem física e mental é o ponto de partida para muitos médicos. Alguns estudos têm indicado este fato, como é o caso dos trabalhos de Maria Pereira Cunha (1989) e Magali Engel (1997), que fazem referência às especificidades com que eram tratadas as perturbações mentais femininas no século XIX e início do século XX.

Cunha (1989), com base no estudo das mulheres internadas no Juquery em São Paulo, mostra como entre os critérios para a definição da loucura feminina encontravam-se a manifestação de um desejo de independência e autonomia, o trabalho fora de casa, a vivacidade intelectual. Freqüentemente, eram os próprios familiares que recorriam à internação daquelas que ousavam desobedecer às ordens de pais, maridos ou irmãos.[9]

A autora chama a atenção para o fato de que no caso dos homens os critérios eram outros, também relacionados ao que se imaginava como o seu papel social por definição e que representam quase o inverso do atribuído às mulheres. Os prontuários dos homens internados no Juquery falam em falta de disposição para o trabalho, excessiva modéstia, incapacidade intelectual.

Para os homens loucos, a normalidade rompida era a do bom provedor da família e a do cidadão ordeiro. Para as mulheres, tratava-se da recusa da vida doméstica e dos papéis de mãe e esposa. E, enquanto para os homens serem internados seria preciso que tivessem se tornado de fato muito incômodos, reincidido, demonstrado visivelmente a sua perturbação em comportamentos anti-sociais no meio público – onde deveriam ser bons cidadãos e bons trabalhadores –, para as mulheres a internação parece ser mais fácil e rapidamente decidida, a partir do rompimento dos códigos das próprias famílias. A primeira, uma loucura pública; a segunda, uma loucura privada. E aqui se está falando sobretudo das boas famílias burguesas, aquelas que encarnariam o modelo de ordem e higiene a ser seguido no projeto da constituição da nação que começava a ser elaborado após a proclamação da República.[10]

Engel (1997) trata das perturbações associadas à feminilidade do ponto de vista dos psiquiatras ou alienistas. Situa as observações relativas à internação de mulheres dentro do quadro de medicalização da loucura e ascensão da figura do alienista, que, em consonância com as políticas de controle propostas pelas primeiras administrações republicanas, privilegiava a intervenção nos comportamentos sexuais, nas relações de trabalho, nas condutas individuais, nas manifestações religiosas coletivas etc.

Embora a autora privilegie a perspectiva da psiquiatria, algumas das referências utilizadas se encontram na fronteira entre uma produção mais específica sobre doença mental e outras especialidades médicas, como a ginecologia e a obstetrícia. A autora

salienta como o aparelho genital feminino era percebido pelos médicos da época como fonte de distúrbios mentais, demonstra a associação entre menstruação e outras funções femininas e loucura, além de se deter particularmente sobre a histeria. Por meio da sua análise percebe-se mais uma vez como o terreno da sexualidade feminina exigia a dedicação dos novos especialistas e promovia a disputa entre eles. Além disso, deixa também evidente a importância da presença dos peritos na avaliação das mulheres envolvidas em crimes e sobre as quais recaísse a suspeita de loucura. O desejo erótico dissociado da reprodução, o gosto pelo estudo, a indiferença em relação aos filhos eram alguns atributos descritos pelos peritos como definidores da louca-criminosa.

Também na Europa e nos Estados Unidos, vários trabalhos mencionam quadros semelhantes, destacando a extensa produção da medicina durante o século XIX e início deste referente à sexualidade feminina, vista como exagerada, e as tentativas de controlá-la. Roger-Henri Guerrand (1991) contextualiza a questão dentro de uma 'campanha antimasturbatória', que teria em Tissot um dos seus iniciadores. O médico francês escreveu em 1760 *L'Onanisme, Dissertation sur les Maladies Produites par la Masturbation*, obra reeditada até 1905, que condena 'cientificamente' as práticas solitárias. De pecado transformavam-se em doenças graves.

A campanha contra a masturbação seria mais um dos elementos relacionados à ascensão da burguesia, que precisava se diferenciar da nobreza degenerada e da imprevidência operária, cuja sexualidade também seria desordenada. Doravante, toda forma de vida sexual desregrada mereceria condenação e vigilância constante. Os rapazes, especialmente os estudantes, deveriam seguir um conjunto de regras destinadas a evitar o grande mal. Se já estivessem 'doentes', seriam submetidos a um tratamento rigoroso que se iniciava com bebidas e comidas frias e com aplicações locais refrigerantes, podendo chegar à cauterização do canal da uretra com nitrato de prata. No caso das moças, o rigor era o mesmo. O clitóris, 'pênis em redução', era identificado como o centro da voluptuosidade feminina, a fonte de todas as tentações. E desde que se sabe que ele não é necessário à reprodução, sua ablação passa a se tornar lícita. Segundo Guerrand (1991), a clitoridectomia foi preconizada em toda a Europa para remediar a excessiva lubricidade feminina, sendo praticada pelas mais altas sumidades médicas. Em 1894, o Dr. Pouillet aconselhava a cauterização de toda a vulva, além do uso de camisa de força e cinto de castidade.

Carol Groneman (1994), tratando da construção histórica da sexualidade feminina, refere-se não apenas à masturbação mas à ninfomania, categoria que encampava todos os tipos de manifestações sexuais consideradas inadequadas pelos médicos e pela moral da época. A ninfomania era uma doença classificável, com causas, sintomas e tratamentos específicos. Baseando-se em casos reportados em periódicos americanos e ingleses, a autora relata como a ninfomania era descrita como 'coito demais' (desejado ou realizado), 'desejo demais' ou 'masturbação demais'.

Os sintomas e tratamentos freqüentemente se sobrepunham àqueles da erotomania, histeria, histeroepilepsia e ovariomania, a despeito das tentativas dos médicos de estabelecer distinção entre cada uma dessas doenças. A ninfomania assumia formas tão singulares como o desejo da mulher pelo exame ginecológico, a introdução de objetos na vagina e no útero e o orgasmo decorrente apenas da visão de um homem.

Mães que desejavam o próprio filho, garotas que se masturbavam em conjunto, mulheres que 'viviam como marido e mulher' faziam parte dos tipos de ninfomania descritos, ao lado da ninfomania puerperal, homossexual, platônica etc. Alguns médicos diziam que as louras eram mais predispostas. Outros identificavam a ninfomania como a doença das viúvas, virgens e adolescentes. Sintomas como adultério, flerte, estar divorciada, sentir mais paixão que o marido, usar perfumes e adornos para atrair os homens e falar em casamento também poderiam levar ao mesmo diagnóstico (Groneman, 1994).

A partir da segunda metade do século passado, a relação entre órgãos genitais, sexualidade feminina e doenças de caráter amplo e instável se constituiria em um dos focos principais de atenção dos médicos. Para cuidar das doenças, eles se dedicarão ao desenvolvimento de um leque significativo de meios de tratamento, que incluem cirurgias e reclusão. Além disso, em alguns casos, como o da loucura puerperal, as perturbações femininas têm conseqüências que extrapolam o domínio individual, chegando, na visão dos médicos, a atingir a sociedade como um todo, na medida em que são percebidas como determinantes na execução de atos considerados nocivos ao bem público, como é o caso do crime de infanticídio. Na verdade, trata-se de um terreno de desordens que passa pelo corpo, pela mente e pela moral femininos e chega até a sociedade. E é sobre esse vasto e indefinido terreno que os médicos e, em especial, os ginecologistas e obstetras, atuam. Já que eles têm como objeto a mulher e suas perturbações, se estas chegam a atingir o meio em que vivem, não é estranho que os médicos também procurem agir para ampliar o seu domínio de intervenção.

A ênfase na definição da diferença entre os sexos, por um lado, e a definição de certas perturbações características das mulheres, por outro, são os dois temas que aparecem com destaque na análise da tese de medicina que é apresentada a seguir. Foram escolhidos os trabalhos que poderiam ser mais reveladores das concepções médicas sobre os assuntos tratados neste estudo e que permitem entender melhor a lógica interna dos discursos médicos.

A Puberdade: quando nasce a diferença

Michelle Perrot (1991) comenta na *História da Vida Privada* que durante o século XIX duas sexualidades passam a receber maior atenção. A primeira é a do adolescente. A puberdade é percebida como um período de crise de identidade que pode ser perigosa para o indivíduo e para a sociedade. A segunda é a das mulheres, que se transforma em causa permanente de angústia. Nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro é possível identificar nitidamente essas preocupações e notar que, neste caso, o tema da puberdade se alia sobretudo à necessidade de delimitação das diferenças entre homens e mulheres.

Já no ano de 1839 temos a primeira tese que trata com cuidado da questão da diferença. É o trabalho *A Puberdade da Mulher*, de João das Chagas e Andrade. O título nos leva a pensar que apenas as modificações ocorridas no corpo da mulher durante a puberdade são tematizadas. Mas uma parte da tese é dedicada ao que o autor chamou

de ‘idéia geral a respeito da mulher’. Neste item são definidas com precisão as características que fazem da mulher um ser essencialmente diferente do homem em função do papel que a natureza lhe teria reservado. Tais características podem incluir peculiaridades quanto à voz, que é mais fraca, terna, doce e aguda; ao sono, menos profundo, de menor duração e mais perturbado; à digestão, que exige menor quantidade de alimentos; à respiração, que produz menos sangue; e mesmo à circulação, que é mais viva e dota melhor as artérias da bacia para fornecer mais sangue aos genitais. O trecho a seguir exemplifica a diferenciação entre homens e mulheres estabelecida com base em uma conformação corporal diferente, própria ao destino feminino:

> *Estes mesmos ossos, variando em suas formas, e não guardando as mesmas proporções de grandeza, dão ao corpo da mulher uma conformação diferente, mas análoga aos destinos que lhes são prescritos; assim sua cabeça mais pequena, a face mais curta e mais redonda, o pescoço mais comprido e mais fino, o peito de uma menor capacidade e mais afinado para a parte superior, seu diâmetro esterno-vertebral corresponde à sétima vértebra dorsal, como no menino; as clavículas são menos curvas para fornecerem um maior espaço ao desenvolvimento dos seios. Por causa desta menor capacidade do tórax, ela é obrigada a multiplicar os movimentos respiratórios, razão porque a respiração é mais ligeira, a circulação mais apressada e o pulso mais fraco.* (Andrade, 1839:2)

A bacia recebe grandes atenções e é por sua largura que o autor cita a imagem da pirâmide que define o caráter inverso do corpo do homem em relação ao da mulher, uma referência que se tornaria comum em outros trabalhos. Além disso, também aparece a associação entre beleza e a grandeza das cadeiras:

> *O abdome é de uma capacidade maior que o do homem, e repousa sobre os ossos que formam a bacia. É nestes ossos que se notam as maiores diferenças, os ilíacos são mais largos, o sacro e o cóccix da mesma sorte, porém mais curtos, e por isso a bacia toma uma maior capacidade em seus diâmetros; e como coube à mulher o trabalho da gestação e do parto, necessária lhe era tal disposição orgânica, em que o feto achasse asilo em seu desenvolvimento e facilidade em seu nascimento. Se à finura do tórax, aumento do abdome ajuntarmos a largura da bacia, veremos que o tronco da mulher representa uma pirâmide cônica, que tem por ápice o peito e por base a bacia, em sentido oposto ao homem que, em razão da amplitude do tórax, diminuição do abdome e estreiteza da bacia, apresenta esta pirâmide com a base no peito e o ápice na bacia. Resulta ainda desta disposição que o tronco da mulher é maior que o do homem, e que o meio do corpo em vez de se achar sobre os púbis, como no homem, se acha entre elas no umbigo. Da largura do sacro e dos ilíacos resulta que as articulações femuro-ilíacas se acham mais distantes; e, se a esta distância acrescentarmos o maior desenvolvimento dos músculos grande e pequeno glúteos, teremos a razão da grandeza de suas cadeiras, conformação a que se liga uma alta idéia de beleza.* (Andrade, 1839:2)

Quanto às ‘partes moles’, o autor afirma que o sistema muscular na mulher é menos desenvolvido, que as próprias fibras dos músculos são mais moles e mais delicadas e que as inserções tendinosas são mais fracas. Todos os intervalos são preenchidos

por 'tecido celular gorduroso', o que dá à mulher as características 'formas lisas e arredondadas'. No homem, ao contrário, devido à força e ao 'predomínio muscular', essas formas são substituídas por 'asperidades'. A referência a um determinado padrão de beleza baseia-se também nos vasos, nervos e mesmo na natureza do sangue feminino:

> *Os vasos e os nervos são mais delicados e mais divididos em suas extremidades, contendo um sangue mais sutil; e, penetrando em tecidos mais laxos, vão levar à superfície de seu corpo aquele colorido que, confundindo-se com a alvura e delicadeza da pele, patenteia, com a maior presteza, em seus semblantes as alternativas de seus afetos.* (Andrade, 1839:3)

A mulher é considerada mais sensível do que o homem devido a uma maior fragilidade. Isso significa que os seus sentidos são mais delicados, que para ela as sensações são mais vivas. Seus olhos não suportam a luz forte por muito tempo e nem seus ouvidos agüentam o barulho de um canhão. A suscetibilidade nervosa é a qualidade característica desse sexo.[11] Como conseqüência, a mulher é extremamente impressionável e instável. Está sempre e constantemente preocupada com as causas imediatas que produzem as mais diversas sensações, o que qualificaria a sua leviandade. O autor acrescenta a inevitável evocação ao cérebro feminino:

> *De mais, já vimos que a cabeça da mulher era mais pequena que a do homem, e isto não só de uma maneira absoluta, mas até comparando-se os cérebros de dois indivíduos de sexo diferente e da mesma estatura.*
> *Desta inferioridade do cérebro decorre naturalmente que a energia das faculdades intelectuais da mulher, consideradas coletivamente, será menor que no homem. Seu frontal é menor, mais coberto, segue mais a direção do nariz, e deixa ver apenas uma pequena curva; disposição que importa menor capacidade da parte craniana que contém os órgãos cerebrais, que presidem as faculdades intelectuais.* (Andrade, 1839:4)

Em função de diferentes desenvolvimentos nas partes do cérebro, em cada sexo se desenvolveriam determinadas faculdades:

> *sendo o frontal tão pequeno na mulher, se observa geralmente em grau muito fraco os órgãos da* comparatividade *e da* causalidade*, dos quais o primeiro dá a faculdade de discernir com habilidade os traços e semelhanças dos objetos para formar um juízo exato a seu respeito; o segundo a de elevar-se à origem das coisas, e de aprofundar sua natureza. Mas, em compensação à estreiteza do frontal, a parte posterior do crânio é mais larga e mais saliente, e é nesta parte que residem os órgãos correspondentes às qualidades afetivas, que, por assim dizer, constituem a existência moral da mulher. Vê-se pois que o mau êxito que elas obtêm sempre que se dedicam às altas ciências e à política, é antes um efeito de organização que um vício de educação, como pretende Condorcet. O homem, destinado para os grandes trabalhos, para com a energia de sua inteligência fazer conquistas nas artes e nas ciências, não devia ter uma organização em tudo igual à da mulher, porque os fins destinados a ele em grande parte diferem dos destinados à mulher.* (Andrade, 1839:4. Grifos do autor.)

Observa-se aqui nada menos que a justificativa biológica para os papéis sociais diferenciados exercidos por homens e mulheres. O autor deixa bem claro que não se

trata simplesmente de falta de preparo da mulher, mas sim de uma organização corporal diferenciada. A natureza já teria definido e qualificado homens e mulheres para o preenchimento de funções específicas. A mulher é mais afetiva, enquanto o homem é dotado de inteligência. No mundo das ciências e da política, ou seja, no mundo público, só há chances para o segundo.

Essa passagem talvez seja uma das que melhor sintetizem a pretensão e abrangência política que o discurso médico pode ter, além de ilustrar com primor a justificativa anatômica para a hierarquia de gênero em voga em meados do século XIX. Essa justificativa também é resumida da seguinte forma: "Já vimos que, em conseqüência do tamanho e da conformação dos ossos, da pequenez e moleza dos músculos, todos os movimentos são morosos, e que por isso mesmo a vida sedentária se lhes torna como necessária, correspondendo no físico à fraqueza que temos notado no moral" (Andrade, 1839:6). Além de não ter capacidade mental para o mundo público, a mulher também não tem capacidade física, só lhe restando permanecer no lar.

Mas Andrade está só no começo de sua tese, e reforçará ainda mais o seu argumento. Segue afirmando que ao homem cabe lidar com a natureza e com os entes animados usando da força e da inteligência. À mulher só resta o poder de sedução em relação ao homem. A seguinte frase de Cabanis corroboraria sua hipótese: "Se a fraqueza dos músculos da mulher a proíbe de descer ao ginásio e ao hipódromo, as qualidades de seu espírito lhe proíbem mais imperiosamente ainda de se apresentar no Liceu ou no Pórtico" (Andrade, 1839:5).

Certamente, há referências a mulheres inteligentes, cultas e famosas. Mas estas, como toda exceção, só confirmam a regra. Além disso, seu principal pecado é o de terem deslizado dos deveres que a sociedade e a natureza lhes impuseram, ou seja, a maternidade e o cuidado da família. Amar é o grande objetivo de sua existência, o que já é predeterminado pela natureza. É por isso que desde cedo a menina se interessa por bonecas, desenvolvendo um sentido que aplicará mais tarde ao marido e aos filhos. É também a natureza que determina um certo tipo de qualidades bem particulares. A dissimulação, a arte de agradar, a *coquetterie*, e mesmo o choro, a timidez e o pejo são artifícios dos quais a mulher lança mão para atrair o sexo oposto. Andrade reprova a atitude de alguns homens que têm sido pouco indulgentes com tais manifestações da natureza feminina, agindo como se as mulheres fossem culpadas, responsáveis por esse tipo de comportamento (Andrade, 1839).

Quanto ao aparelho reprodutor feminino, Andrade descreve suas diferenças em relação ao masculino, ao mesmo tempo que nos dá uma noção das dúvidas que persistiam para a medicina naquele momento. O autor afirma que na mulher os órgãos da geração estão dispostos de uma maneira diversa daquela como estão no homem. É à mulher que cabe o maior número de ofícios na procriação. Ela fornece o gérmen ou ovo. É dentro dela que esse gérmen se desenvolve e é nutrido durante toda a gestação. E é também à mulher que cabe parir e amamentar. Para a realização de todos esses atos da geração, o corpo feminino dispõe de quatro aparelhos. O primeiro é o da germinação e compõe-se dos ovários e trompas.

Andrade descreve a aparência dos ovários, mas não explica a sua função. Fazendo referência a Cabanis, afirma, de forma pouco clara, que a presença desses órgãos

se deve à própria organização que o organismo da mulher apresenta. Andrade esclarece que o médico francês não podia explicar qual a influência destes órgãos. Apenas notava que quando não se desenvolviam adequadamente, a mulher assumia uma forma ambígua, próxima à do homem. O mesmo aconteceria com o homem que tivesse perdido os testículos (Andrade, 1839). Aliás, ainda nessa época, os fisiologistas utilizavam alternadamente o nome de testículos ou ovários para se referir aos órgãos femininos.

Mas o impasse mais curioso que o autor nos revela refere-se à contribuição dos sexos para a formação do embrião. Segundo ele, não se sabia definitivamente se o embrião era formado por um ovo produzido pela mulher ou a partir da mistura do 'licor prolífico' dos dois sexos (Andrade, 1839).

O segundo aparelho é o da gestação, composto pelo útero ou madre, um "órgão cujas afecções e usos são bem mais conhecidos" (Andrade, 1839:7). É nesse órgão que o feto se desenvolve e onde todos os meses se verifica a importante função da menstruação. Apesar de acrescentar que a menstruação "goza da maior influência nas diferentes operações da economia da mulher, tornando-se muitas vezes o centro de numerosas reações simpáticas" (1839:7), não há qualquer explicação sobre qual é esta função ou qual sua relação com os ovários. A ovulação ainda era um fenômeno cercado de mistérios e a menstruação aparece como exclusivamente relacionada ao útero.

O terceiro aparelho descrito é o da copulação. A vagina ou canal vulvuterino é o órgão mais importante deste aparelho. É por meio dele que a mulher se presta a cumprir a função de perpetuação da espécie. E para tanto a natureza proveu o corpo feminino de um desenho anatômico capaz de inspirar a copulação. O trecho que se segue ilustra essa idéia, além de sugerir a qualidade de receptora da mulher: "neste aparelho a mulher parece disposta somente a receber: ao canal vulvuterino, para melhor preencher seus fins, a natureza quis juntar alguns anexos como os grandes e pequenos lábios, o clitóris, partes formadas de tecidos próprios, e dispostos de uma maneira capaz de inspirar os desejos da procriação" (Andrade, 1839:7).

O quarto e último aparelho destinado à geração é o da lactação. Compõe-se das glândulas mamárias, que têm o ofício de preparar o leite, e dos vasos lactíferos, que o conduzem pelo tecido das mamas. É o que garante a nutrição da criança na primeira fase da vida. Dessa forma, torna-se evidente o papel preponderante da mulher na procriação desde a formação e desenvolvimento do embrião até a sua alimentação já fora do corpo da mãe.

Nada é dito a respeito do papel do homem. Embora a tese trate da mulher, para os outros aparelhos ou sistemas que compõem o corpo humano são evidenciadas e descritas as diferenças entre os dois sexos. Os sistemas circulatório, respiratório, nervoso, além de músculos, ossos, cérebro são caracterizados pormenorizadamente em cada sexo. Há uma necessidade premente de identificar a natureza e as funções singulares de dois corpos distintos e que fornecem a base de sustentação das concepções sobre os papéis sociais atribuídos a cada sexo. No caso da reprodução, parece não haver necessidade de tal especificação. A reprodução é apresentada como uma função eminentemente feminina ou então não há necessidade de diferenciá-la em relação ao papel exercido pelo homem.

Somente depois de feita essa descrição dos aparelhos da geração é que Andrade começa a tratar da questão da puberdade, o objetivo de sua tese. Refere-se a essa fase como o momento em que a menina começa "a respirar o doce e imperioso sentimento da reprodução". Esse sentimento, traduzido nos gozos do amor e da amizade, está relacionado com uma compensação que a natureza oferece aos incômodos implicados na conservação da espécie. Durante a puberdade, a natureza inaugura essas sensações, e assim prepara a economia da mulher para o exercício da função reprodutiva.

Duas ordens de fenômenos intimamente ligados se desenvolvem: fenômenos físicos e fenômenos intelectuais ou cerebrais. Estes últimos são os precursores dos outros. Referem-se a uma mudança nos interesses da menina. Mesmo ainda sem ter tido a sua primeira menstruação, ela sofre um processo de transformação que se caracteriza pela atenção que passa a dedicar ao sexo oposto e pela necessidade de amar que brota em seu espírito.

Os jogos de sedução passam a governar seu comportamento. Isso nada mais é do que um artificio da natureza. A menina aprende a se fazer de difícil para se tornar mais desejada. Dos diversos meios que emprega para esse fim, resulta uma nova qualidade, a dissimulação. A dissimulação, que não é efeito da educação mas sim inerente à organização feminina, revela um estado de perfeição das faculdades intelectuais na mulher. No homem, ela deve ser reprovada como uma prova de fraqueza e corrupção, enquanto que na mulher, "quando diretamente dirigida, deve ser estimada como conseqüência de sua fraqueza, de sua modéstia, de seu pejo, e dos impulsos do amor, qualidades de cujo equilíbrio depende a perfeição de seu sexo" (Andrade, 1839:13).

Quanto aos fenômenos físicos, trata-se do processo por meio do qual a natureza vai desenhando as formas específicas de cada sexo. Na mulher as formas vão se tornando mais salientes e os genitais vão adquirindo maior importância na economia corporal, como descreve o parágrafo que se segue:

> *Tornando-se [os genitais] centro de uma nova excitação e parecendo reunir em si toda a sensibilidade, ou como foco das forças vitais, de secundários, tendem a ocupar agora o primeiro lugar nas operações da economia; então os ovários e o útero, refletindo o excesso de excitação de que são sede, para as partes com quem estão ou direta ou simpaticamente relacionados, dão-lhes uma nova forma na marcha funcional; ao mesmo tempo os órgãos sexuais externamente desenvolvem maior volume: o monte de Vênus se torna saliente, arredonda-se e cobre-se de pêlos, os grandes lábios, as ninfas tomam uma cor mais avermelhada, e, por seu aumento de volume, tornam a abertura da vulva mais pequena, e constantemente são umedecidos por um fluido sero-mucoso, cuja secreção se aumenta com a presença de objeto ou pensamentos voluptuosos; o clitóris se torna eréctil e adquire uma sensibilidade esquisita, que com a maior facilidade se renova. Um afluxo de sangue nas paredes da vagina dá a este canal a propriedade de dilatar-se e prestar-se aos fins para que é destinado. Os ossos da bacia se alargam, aumentam, e se consolidam* (...). (Andrade, 1839:14-15)

A menstruação é percebida como o complemento desse maravilhoso trabalho da natureza. Está associada com a fertilidade. Seria nos dias mais próximos ao período menstrual que a fecundação se daria com mais facilidade. O fluxo, também conhecido

com os nomes de regras, luas, flores, purgações, trabalhos, épocas, pode ser considerado como a verdadeira bússola da boa ou má saúde da mulher.

E embora o francês Roussel tenha afirmado, no século XVIII, que a menstruação é social, ou seja, somente as mulheres de sociedades civilizadas com uma boa alimentação expelem o excesso de nutrientes por meio dessa evacuação mensal, Andrade afirma que se trata de um fenômeno universal. O autor obriga-se também a dizer que discorda da teoria da influência da lua e de uma malignidade intrínseca ao sangue menstrual. Quanto à quantidade de sangue e à época da menstruação, variam de acordo com o clima, os costumes, a educação. Em climas mais quentes ou em sociedades mais ativas e provocadoras de "sensações morais fortes", a quantidade de sangue expelido é maior. Há também uma distinção baseada na divisão entre o campo e a cidade, traduzida no fato de que a cortesã citadina teria a primeira menstruação mais cedo do que a camponesa (Andrade, 1839:15-19).

A puberdade é entendida como uma época em que algumas doenças podem aparecer, assim como outras podem ser curadas. Tudo depende de como essa fase é administrada. Perturbações como a clorose, a histeria, a loucura, a ninfomania, que dependem da desarmonia de diversos sistemas do organismo, podem aparecer. É preciso seguir certas regras higiênicas que impeçam essas manifestações. Moderar a energia despendida com o sistema nervoso e intelectual é fundamental. O colégio, pelo convívio que oferece e pela exigência intelectual, deve ser preterido em prol da instrução fornecida pela própria mãe da menina. A excessiva exposição na sociedade, de que começam a ser vítimas as jovens, deve ser evitada. Estímulos como espetáculos que representam paixões, música, romances, novelas podem ser perniciosos. A alimentação e o vestuário também devem ser vigiados pelo médico. Caso se detecte a demora da primeira menstruação, é preciso intervir, obrigando a menina a um tratamento que pode variar de caminhadas, fricções nos membros inferiores, passeios a cavalo, banhos quentes, fumigações aromáticas à aplicação de sanguessugas na vulva. Se nada disso der resultado, cabe desconfiar de algum vício de conformação nos órgãos da geração, e cirurgias como, por exemplo, uma incisão em casos de hímen que impedem a passagem do fluxo, devem ser cogitadas (Andrade, 1839).

As informações e argumentos contidos na tese de Andrade se repetirão em muitas outras. Mas algumas variações e definições importantes quanto a determinados pontos serão explicitadas com o passar do tempo. No que diz respeito à concepção das diferenças entre os sexos baseada nas modificações ocorridas na puberdade, encontramos uma expressiva continuidade no conjunto das teses que vão mais ou menos até o começo da década de 60 do século XIX. A tese de José Joaquim Firmino Junior (1840) aprofunda a descrição do sistema das diferenças, evidenciando o poder de raciocínio, a força física e o movimento para o homem, a função reprodutiva, o repouso e a quietude no caso da mulher:

> *um vive para usar de seu extremo mais elevado; no outro parece que tudo é sacrificado ao livre exercício da função da reprodução; a natureza indica àquele o poder de raciocínio, o emprego das forças físicas; e a esta a quietação, o repouso: mesmo uma razão puramente mecânica esteia esta ordem natural; porque sendo o corpo do homem mais longo que o da mulher, e estando o centro*

de gravidade dele mais elevado que o dela, deve ela procurar conservar-se estacionária, e ele entregar-se aos trabalhos, e atos de movimentos; e tanto esta idéia merece consideração, quanto a mulher, cujo corpo aproxima-se mais ao daquele, imita-o, e segue-o nos seus trabalhos e funções. (Firmino Junior, 1840:2)

Esse autor também recorre à imagem da pirâmide inversa para ilustrar a comparação entre os corpos de homens e mulheres. E precisa as diferenças inerentes a todas as partes que compõem o organismo. Quanto aos ossos, por exemplo, afirma que qualquer anatomista seria capaz de discernir os que pertencem à mulher ou ao homem. Os músculos, na mulher, são mais fracos, pequenos e delgados e terminam em tendões mais finos. Não são feitos para suportar grandes esforços. Uma espécie de atrofia fisiológica ataca os músculos do corpo feminino, com exceção daqueles que circundam a bacia e as coxas, importantes no processo de reprodução. No homem, o sistema sanguíneo predomina, tornando-o mais bem dotado de grandes forças físicas e morais, além de uma constituição rígida e seca. Na mulher, o sistema linfático torna-se preeminente, transformando-a em um ser mais mole e úmido. Mas, é o sistema nervoso que nos oferece uma noção clara da natureza feminina:

as mulheres são mais sensíveis, mais impressionáveis, menos aptas para a meditação, volúveis, inconstantes, extremosas em tudo, dadas a coisas de pouca ou nenhuma consideração, mais eloqüentes, mais sujeitas a serem vencidas, graciosas em todos os seus atos; finalmente, é no sistema nervoso que reside toda a vida da mulher. (Firmino Junior, 1840:5)

O autor afirma ainda que os órgãos, as necessidades, as faculdades e os tipos de exercícios possíveis são absolutamente distintos para homens e mulheres. Da mesma forma, não pode haver igualdade em suas funções. Em oposição ao homem, a vida da mulher converge para um único fim, que é a reprodução da espécie. A puberdade ilustra bem isso, na medida em que consiste na época em que a menina deixa de viver para si e torna-se propriedade da espécie, da posteridade. E é exatamente nessa sua missão que ela ganha ares de divindade:

Sem dúvida o mais importante ato da vida de uma mulher é o da propagação; nela ela emparelha com a Divindade enchendo a superfície da terra de seres, que lhe são semelhantes, assim como o Criador encheu o nosso planeta de entes diversos, e o imenso espaço, que o separa das mais remotas regiões celestes, de corpos, que estão em perene movimento. Talvez possamos dizer, sem temor de errar, que a mulher é para a procriação do homem o que o Autor do Universo é para todo o mundo. (Firmino Junior, 1840:7)

Em função do cumprimento dessa tarefa essencial, torna-se impossível para a mulher a dedicação a outras atividades, especialmente aquelas que exigem esforço intelectual:

Fica portanto manifesto que as ciências, as artes, as invenções não devem merecer muito a atenção do belo sexo; tendo ele uma parte tão ativa, e prolongada na propagação, muito pouco tempo restar-lhe-ia para a meditação, a conjectura, e as ciências, que demandam um aturado estudo, e continuada reflexão; a mulher a cada momento interrompida pelos expressivos gritos do recém-nascido, que

reclamam socorros a miúdo, perturbaria a todo instante a concatenação de suas idéias, e raciocínios; uma incompatibilidade manifesta existe entre a abstração matemática, e as distrações pueris; entre a volubilidade de seus pensamentos, e a estabilidade de uma questão física; enfim entre as faculdades intelectuais, e as diversas funções, a que por necessidade de sua organização ela é sujeita. (Firmino Junior, 1840:7)

Assim como a mulher tem a gratificante mas árdua tarefa da procriação, ao homem cabe também cumprir um papel produtivo. Não foi criado apenas para desfrutar os gozos do mundo, mas para executar todas as tarefas inerentes à esfera do trabalho. Assim foi estabelecido pela natureza e assim deve permanecer. Afinal, percebe-se logo que as mulheres que pegaram em armas ou se dedicaram a funções masculinas perderam todos os seus encantos femininos, o que é prejudicial para a organização da sociedade. Firmino Junior (1840) adverte que cada sexo não deve transgredir as raias de seus deveres, limitando-se a fazer aquilo que é compatível com a sua organização corporal. Só assim a felicidade será possível e completa.

Em uma tese sobre a reprodução, José Servio Ferreira (1846) faz notar que as diferenças na aparência dos sexos só se tornam expressivas a partir da puberdade. Enquanto crianças, meninos e meninas compartilham semelhantes formas arredondadas. Mas com a chegada da puberdade, os meninos perdem esse contorno e ganham um corpo definido pelos músculos. Contudo, essa semelhança que pode ser vista na infância se reduz à aparência física, pois quanto aos traços de caráter, a distinção começa desde cedo. No homem, notam-se qualidades como a intrepidez e a vontade de dominar, enquanto que na mulher, a timidez, o pudor, a reserva:

a força, a intrepidez, o maior desenvolvimento de suas idéias, suas inclinações, o desejo de dominar, desde os primeiros anos anunciam qual deve ser a posição do homem, enquanto a mulher, como que em nada mudando deste primeiro tipo de infância pelo que respeita às formas e belezas de suas partes, marcha também diferentemente em todos os seus atos; assim a timidez não a abandona; o sentimento de pudor lhe é logo conhecido, mais reservada, suas idéias, suas ocupações tomam o caráter das funções que para o futuro serão atribuídas a seu sexo. (Ferreira, 1846:10)

Nessa fase da vida, a menina ganha novos encantos e atrativos e em tudo se nota a diferença em relação ao corpo masculino:

Assim seu corpo tendo nesta idade alcançado a estatura que lhe é própria, é geralmente menos elevado que o do homem. A cabeça é mais pequena e arredondada, e coberta por cabelos mais espessos e mais flexíveis. O colo mais longo, é contornado de uma grande quantidade de tecido celular que lhe imprime tantas graças. O tórax é menos alto; as clavículas menos curvas, oferecem uma longa superfície aos seios que se acham mais volumosos, e formam um distintivo da mulher. O abdome é mais amplo. A bacia tem toda a capacidade necessária para dar lugar ao parto. As cavidades cotilóides menos profundas, fazem com que seus movimentos sejam ligeiros. As coxas são mais curtas e mais afastadas, e as nádegas bastante elevadas. As pernas menos longas e os joelhos voltados para dentro. As espáduas têm menos desenvolvimento; o braço e antebraço são tam-

> *bém mais pequenos. As mãos e os pés mais polidos e os dedos delgados. O tecido adiposo, longe de diminuir e deixar ver as saliências dos músculos, pelo contrário se torna mais abundante, se acumula em redor das articulações e lhe imprime estes relevos doces, e a todos os órgãos estas formas arredondadas. Os músculos da face são menos pronunciados e mergulhados na gordura, o que faz que as expressões nesta parte se manifestem nos olhos e no riso. A pele conserva a mesma alvura da infância, ou passa para um colorido mais vivo, e é extremamente delicada. Pêlos aparecem no* pudendum *e nas axilas. Os ovários crescem; os grande lábios se alongam e são mais espessos. Enfim a secreção menstrual vem anunciar que a mulher pode ser mãe.* (Ferreira, 1846:12)[12]

Ferreira é um dos raros autores que dedicam alguns parágrafos de suas teses ao homem. Descreve quais as modificações pelas quais passa também o sexo masculino na puberdade:

> *Neste período de sua vida o corpo do homem tem alcançado sua estatura; sua pele e seus cabelos são diferentes do que eram na infância; seus músculos mais vermelhos, mais volumosos, contêm menos tecido celular e são mais densos; os traços de seu rosto são bem pronunciados; a barba aparece ao mesmo tempo em que as partes genitais se cobrem de pêlos, assim como outros lugares; o meio do corpo corresponde ao púbis; o tronco tem sua maior largura na altura do tórax; a ossificação é quase completa; os órgãos genitais mais volumosos; e o pênis tem-se tornado suscetível de ereção; os seios mesmo se engorgitam e deixam escapar um humor lactescente.* (Ferreira, 1846:11)

O aparecimento do 'licor seminal' vem enfim anunciar a aptidão masculina para a procriação. O jovem está pronto para reproduzir a espécie. O trabalho de Ferreira nos faz compreender que a puberdade no caso do sexo masculino é evidenciada pelo desenvolvimento de duas potencialidades essenciais. A primeira se refere exatamente à capacidade de copular e fecundar. De modo análogo, é descrito o amadurecimento do aparelho reprodutivo feminino. A segunda potencialidade se refere à capacidade de dominação. O autor afirma que o destino do homem é dominar o mundo em que habita, a natureza, os outros animais, a mulher. Quanto a esta última, já vimos que as únicas funções para as quais está destinada são a gestação, o parto, a amamentação, o cuidado dos filhos e do marido.

A puberdade constitui, então, o momento em que os corpos são preparados para as futuras tarefas correspondentes e os destinos de cada sexo são para sempre selados. Nesse ponto, a natureza nos iguala aos animais, na medida em que impõe a determinação impetuosa das sensações que levam à busca do 'ato gerador' e da conservação da espécie. É também nessa etapa da vida que se desenvolve o interesse mútuo entre o homem e a mulher, o que dá origem à "feliz união com que a sociedade e a Igreja mantêm a moral e a multiplicação dos cidadãos, e que diante de si faz calar todos os outros interesses" (Ferreira, 1846:11).

Em uma tese curiosamente denominada *Mulher em Geral: menstruação e suas causas*, Affonso Cordeiro de Negreiros Lobato Junior (1855) repetiria boa parte desses argumentos. O mérito deste autor é de nos chamar a atenção para o fato de que a mulher praticamente só começa a existir, deixando de significar um 'ser equívoco', no momento

em que passa a ter consciência do seu sexo e em que seu corpo é preparado para a reprodução da espécie. Esta é a grande ruptura entre a infância e a idade adulta:

> *Pouco diferente do homem criança, a princípio é ela um outro homem, com ele partilha os seus prazeres, e divertimentos, e ainda mais o caráter, o gosto, a vivacidade. Ignorando então seu sexo ignora por assim dizer a si própria, nessa idade seus olhos apenas, mal soletram o nome amor, e o dizendo o pudor a fronte não lhe tinge. Essa que até então não era senão um ser equívoco e sem sexo torna-se verdadeira mulher por sua fisionomia, e todo seu corpo; pela elegância de seu talhe ei-la majestosa, pela beleza de suas formas, ei-la voluptuosa, pela delicadeza de seus traços, ei-la cobiçada, pelo timbre mais doce e melodioso de sua voz, ei-la encantadora, por sua sensibilidade, e afecções, ei-la adorada, por seu caráter, inclinações, hábitos, e doenças só suas, ei-la mulher! A esponja do amor umedecida nas fontes dos desejos vem agora apagar as linhas, e traços da analogia com o homem criança, e eis que o botão recentemente desabrochado já figura entre as flores; é pois nessa idade em que a menina acabando ainda de fechar as portas da puerícia, começa a pisar alcatifada relva dessa via flórea, que a guia à morada dos amores: é quando todas as suas formas, crescem de viço, frisam-se suas cores, e esse botão da virgindade expande dos seios da alma por esses hábitos tintos de pudor, esse fogo, que lhe incendeia o peito, que lhe nutre a existência embalsamada de sonhos doirados, atraindo sobre si as vistas do sexo homem, que lhe sorve as formas pela vista, lhe eleva um hino nas idéias, e o coração por mirra lhe incensa os passos; esse coração ávido de afeições lhe dá esse amor grande, sublime, entusiasmado, e poderoso, que em um dia de delírio conduz como esposa essa virgem de seus sonhos, anelos e futuros à fronte do altar, e dali ao divino tálamo predestinado para a mais doce, santa, e casta morada dos amores, a reprodução da espécie.* (Lobato Junior, 1855:I-II)

Lobato Junior ainda descreve todas as transformações físicas pelas quais passa a púbere, com destaque para os órgãos sexuais que acordam do sono em que jaziam e se preparam para o amor:

> *o púbis se reveste, cobrindo-se de macios e finos pêlos vedando às vistas o tabernáculo do amor, as ninfas, ou pequenos lábios, tornam-se rubras e muito sensíveis, o clitóris, mais se pronuncia, os grandes lábios se intumescem, como que mais cheios de vida, e essa membrana que fisicamente marca a virgindade, a hímen se distende; enfim tudo cria-se, tudo aumenta-se como impregnado de mais vida à espera do momento de começo da existência – o amor.* (Lobato Junior, 1855:V)

Eduardo Augusto Pereira de Abreu (1855) descreve esse processo de maneira semelhante, mas seu texto tem a particularidade de relacionar tais modificações à possibilidade do orgasmo para a mulher:

> *Chegada a aparição da puberdade a função da menstruação, como o mugido do mar que precede de longe a tempestade, é anunciada ordinariamente por mudanças progressivas no físico e moral da mulher: nota-se o desenvolvimento rápido das mamas, nas quais o mamelão se desenha tornando-se rosáceo, sensível e turgescente; os diâmetros da bacia aumentam de extensão em todos os sentidos; aparece uma certa penugem, e mais tarde nas regiões pubianas e*

axilar; os grandes lábios e as ninfas, que Lineo tão engenhosamente comparou com as pétalas da flor, tornam-se turgescentes e unidas, como querendo ocultar o tesouro que encerra; o clitóris torna-se mais pronunciado; a membrana hímen se distende; o canal da vagina, que se retrai algumas vezes pela inchação dos órgãos circunvizinhos, torna-se suscetível de dilatar-se, e adquire uma viva sensibilidade para o orgasmo venéreo; grande quantidade de tecido celular, que é própria de todas as mulheres, aparece, e faz com que essas formas tão finas e alongadas tornem-se verdadeiros contornos cheios de graça, formando essas curvas admiráveis, que constituem a beleza na mulher; o hipogastro, ao qual será um dia confiado o fruto da maternidade, descreve ao mesmo tempo uma curva admirável; o útero que até aqui pouco ou nada aumentará, toma nessa época um grande desenvolvimento, recebendo seu máximo de vida, entrando muitas vezes em estado de ereção, prurido, ou orgasmo. (Abreu, 1855:10-11)

Contudo, é importante ressaltar que não era apenas o desejo que passava a imperar na vida da mulher a partir da puberdade. Lobato Junior explica que a natureza foi suficientemente sábia para dotar a jovem também do sentimento de pudor, que a tornará ainda mais irresistível ao sexo masculino. Esse sentimento nasce em meio a uma série de outras sensações que perturbam a vida da menina a partir da puberdade. Sua imaginação se torna viva, móvel e exaltada. Sentimentos de alegria, cólera, tristeza se sucedem repentinamente. A memória perde força e vigor. Suspira ignorando a causa, procura a solidão e torna-se melancólica. Sente necessidade de amar, desejos extravagantes e levianos. As lágrimas involuntárias são reflexo da sensação de que algo lhe falta. Ao mesmo tempo, suas faces tornam-se rubras a cada vez que se aproxima de um homem, mesmo dos seus antigos colegas de brincadeiras infantis. Nasce-lhe na alma um sentimento de sua fraqueza que a faz evitar esses contatos. Esse processo nada mais é do que a manifestação do instinto da natureza, que, sob uma aparente aversão da donzela, garante a inflamação dos desejos e uma união mais forte e resistente (Lobato Junior, 1855).

A Menstruação ou a 'Bússola da Mulher'

As sensações descritas anteriormente parecem ganhar intensidade quando a primeira menstruação se aproxima.[13] Firmino Junior (1840) afirma que a moça começa a sentir incômodos, enjôos, fadiga, dores, sensação de cabeça pesada, vertigens, entristecimento, além de calor nas coxas e partes externas da geração, acompanhado de prurido nas mesmas e desvarios agradáveis, sem conhecer as suas causas. Não é à toa que persista a correlação entre precocidade da primeira menstruação e a voluptuosidade característica dos romances, pinturas, bailes, teatros e da mistura contínua entre os sexos que identifica as cidades populosas. É o que explica Eduardo de Abreu:

O estado moral tem grande influência sobre o desenvolvimento dos órgãos, estes estando sempre excitados nas populosas cidades, onde as moças têm sempre a sua vista cenas voluptuosas, leituras de romances em que às vezes se encontram cenas imorais, em que mesmo aqueles, que respiram a mais doce

moral, nutrem de alguma maneira o fogo das paixões, dando lugar à puberdade prematura, e como bem diz Tissot, aquelas, que lerem romances aos 11 anos, terão infalivelmente ataque de nervos aos 20. (Abreu, 1855:9)

O mesmo autor acrescenta:

Os espetáculos em que a ilusão da cena faz com que as jovens derramem lágrimas sobre a desgraça das personagens dramáticas; os bailes onde as conversas de amor são freqüentes, e nos quais muitas vezes não se encontram jovens prudentes que saibam respeitar a posição de uma senhora; todas estas causas reunidas fazem com que o sistema nervoso tão irritável numa menina torne-se ainda mais com tais estímulos, dando lugar à maior precocidade das regras: semelhantes a aquelas flores, que à força desabrocham e que cedo morrem, gozando de uma beleza efêmera. (Abreu, 1855:9)

É o contrário do que acontece com as moças do campo, que vivenciam os processos relativos à puberdade no tempo exato projetado pela natureza. As moças da cidade também estariam mais sujeitas ao terrível vício da masturbação, que, ao irritar os órgãos genitais, aceleraria o aparecimento das funções uterinas (Abreu, 1855). Os colégios eram um dos alvos preferidos de ataque dos médicos a essa prática:

Os colégios, casas de educação, etc., são focos de contágio moral que estende-se aos recém-chegados de toda idade, e se o vício endêmico destes estabelecimentos poupa uma menina, ela não tarda a sucumbir a solicitações espontâneas dos órgãos sexuais, que como que despertando-se principiam a querer funcionar, assim será prudente indagar a moralidade dessas casas e de quem as dirige, e sobretudo de muito maior utilidade, tirá-las do colégio assim que vão tocando a época da puberdade. (Abreu, 1855:36-37)

João de Oliveira Fausto (1846) nos permite entender que se trata de um verdadeiro regime por meio do qual se deve administrar as energias de modo a facilitar o desenvolvimento dos genitais. É preciso controlar a excitação dos outros sistemas, principalmente o nervoso, naturalmente tão irritado. Nota-se que o estudo e a recreação são apontados como os grandes vilões:

Deve-se dirigir uma parte do regime sobre o moral; é por essa razão que é da mais alta importância acabar com o costume de aplicar as moças muito cedo ao estudo das artes e recreação; assim horas passam elas entregues ao som sedutor da música; a dança e a pintura se ajuntam à música, e o sistema nervoso, tão irritado, torna-se ainda mais com tais estímulos. (Fausto, 1846:18)

Mais uma vez, os colégios são apontados como prejudiciais por impedirem a vigilância dos pais e propagarem o onanismo que pode levar até mesmo a uma morte prematura:

É da maior utilidade tirar dos colégios as moças que têm tocado a puberdade, a fim de exercer sobre elas uma contínua vigilância: deve-se ter todo o cuidado de privá-las de emoções fortes, que resultam das leituras licenciosas, dos romances apaixonados, que são tanto mais funestos, quanto todas as faculdades se acham então dominadas pela necessidade de experimentar o sentimento que estas obras representam de um modo exagerado. A freqüência dos teatros, dos bailes e as conversações descomedidas deverão ser cuidadosamente afastadas. Estes agentes

poderosos de excitação e de ligações muito íntimas, formadas nos colégios, rasgam o véu do pudor, e fazem desaparecer a sedutora inocência que é o mais belo ornato das moças! Os desejos de felicidade e de amor se transformam em uma chama devoradora, e logo o onanismo, esse mal execrável e terrível, decompõe seus traços, altera sua saúde, e a conduz quase sempre a uma morte prematura! (Fausto, 1846:18)

Caso todas essas precauções não tenham sido suficientes para destruir a exaltação erótica, lança-se mão de "trabalhos sérios de espírito e do corpo":

Em luta tão desigual, onde a natureza está por instantes a manietar as instituições sociais, é urgentíssimo insistir sobre todos os meios que forem capazes de exercer uma poderosa diversão nas operações do entendimento, contrabalançar e destruir a excitação erótica. A experiência prova que os mais eficazes são as diferentes espécies de exercícios corporais, cuja duração e natureza serão apropriadas, quer à intensidade da exaltação, quer à constituição individual. (Mello, 1841:17)

Nesse caso, o estudo moderado da história, da geografia, das belas letras e de alguns ramos da história natural, além da aplicação religiosa e moral, podem ajudar a distrair a jovem. Uma vigilância ativa, uma dieta vegetal, a precaução em fazê-la deitar tarde e levantar cedo e exercícios leves completam a prescrição.

Contudo, no caso de uma menina que entrou na puberdade e tarda em ter a sua primeira menstruação, permanecendo apática, fria e indiferente, o regime deve ser o contrário. O que nas exaltadas deve ser proibido com todo o rigor, nestas últimas talvez não seja prejudicial e mesmo colabore para excitar sua sensibilidade e favorecer a vinda das regras (Fausto, 1846).

Neste último caso, está se falando da clorose das púberes ou pálidas cores, talvez a mais típica doença da puberdade feminina na primeira metade do século XIX.[14] É qualificada por meio de uma série bem ampla de sintomas, que começa com a ausência da menstruação. Essa doença é observada em jovens tristes, solitárias, melancólicas, que têm tendência ao repouso e ao sono, estão sempre cansadas, não gostam de exercício, sentem peso e torpor no corpo, têm os olhos abatidos, um 'descoramento' de todo o corpo, uma moleza nas carnes, síncopes, tosses secas, além de extrema suscetibilidade nervosa, indolência moral bem próxima da estupidez, gostos extravagantes e perturbações em todas as funções – digestão, respiração etc. (Andrade, 1839). Essas alterações patológicas resultariam da falta de excitabilidade dos órgãos reprodutivos. As causas iniciais podem ser reconhecidas em condições físicas e morais:

Basta sem dúvida o mais superficial exame para mostrar que quase todas têm sofrido afecções morais, tristes e prolongadas, medo e terror contínuos, passado a maior parte da sua infância nas mais dolorosas privações, em reserva exagerada, ou dependência absoluta e algumas vezes tirânica. Quanto às condições físicas, experimentaram longas doenças, estiveram submetidas à má alimentação, vigílias excessivas, trabalhos acima de suas forças ou a completa ociosidade, e abundantes hemorragias; ou habitaram lugares baixos, úmidos e pantanosos. Causas estas bastante próprias para enfraquecer a energia das funções cerebrais de uma parte, e da outra a dar ao sistema linfático um predomínio excessivo.

O cérebro então desviado da direção, que imprime a seus movimentos, não exercerá a influência que deveria para desenvolver os órgãos encarregados de apresentar os atributos físicos, que manifestam a capacidade para a procriação. (Mello, 1841:19-20).

A solução para o problema é apresentada em seguida:

Assim que as meninas de uma organização naturalmente pouco excitável, chegadas à idade, onde todas saem da infância para adornarem-se com os sinais característicos da nubilidade, oferecerem essa fria indiferença, apatia, e a reunião dos sintomas precedentemente enumerados, procurar-se-á com todo o cuidado despertar e excitar nelas doces emoções e ternos sentimentos, apartando-as de qualquer causa de melancolia e pesar por meio de uma divertida, e estrepitosa recreação. (Mello, 1841:20)

Percebe-se que o amadurecimento da capacidade reprodutiva, expresso pela menstruação e desejado na idade adequada, está intimamente relacionado com a vivacidade ou excitabilidade do sistema. Se esse sistema está superexcitado ou adormecido, problemas são diagnosticados. Então é preciso medir e regular sua condição. O que parece estar em jogo é a noção de que as meninas precisam de um certo grau de estímulos naturais ou provocados para que atinjam a maturidade reprodutiva. Mas, apenas para isso. Se freqüentemente expostas a esses estímulos, como não têm uma capacidade natural de controle, tornam-se facilmente vítimas da licenciosidade, da masturbação. Notamos aqui um raciocínio muito constante durante todo o século XIX: a idéia de que a manifestação da sexualidade feminina só é admitida quando relacionada à reprodução. No caso da puberdade, não se trata do ato sexual em si, mas da estimulação erótica que contribui para o desenvolvimento dos órgãos reprodutivos.

Esse sistema da economia corporal feminina, elaborado pelos médicos, passava, em primeiro lugar, pela boa administração da chegada das regras. A primeira menstruação não pode ser precoce e nem tardia. É um período em que a suscetibilidade a doenças é maior, o que exige uma constante vigilância por parte das mães e dos médicos. Uma série de preceitos higiênicos deve ser empregada visando à boa conformação dos órgãos e ao bom funcionamento do sistema reprodutivo. Daí a grande preocupação em estabelecer as idades em que as meninas menstruam em vários povos, a quantidade e a composição do líquido emitido, a duração do ciclo e, especialmente, a determinação de fatores que podem influir nessa função. O tipo de temperamento (neste caso, nervoso, sangüíneo e linfático), uma constituição física delicada, má nutrição, vida sedentária, habitação em lugar úmido são alguns dos fatores que contribuem para a ausência ou o atraso da menarca.[15]

Quanto ao tratamento para esses casos, recomendam-se banhos de mar, águas minerais, tônicos, sangrias, habitação em lugar seco e arejado, mudança de ar, passeios, viagens, uso moderado de vinhos generosos, alimentação fortificante, e mesmo a aplicação de eletricidade diretamente nos órgãos genitais. Um meio eficiente e seguro é o casamento, por si só capaz de pôr fim à falta de energia e de vitalidade próprias do aparelho genital (Brito, 1840). José Tavares de Mello divide os meios empregados nos casos mais comuns e naqueles mais difíceis:

> *Para dispor favoravelmente os órgãos da geração, particularmente o útero, a tornar-se a sede da irritação, que precede a exalação menstrual* (...), *bastam de ordinário os meios os mais simples: o passeio em carruagem, e a pé, a carreira, os jogos, que exigem excessos, o uso de calções de flanela, fricções em roda da bacia e nos membros inferiores, são os mais convenientes para favorecer a aparição das regras. Outras vezes é necessário empregar-se outros mais enérgicos, como a equitação, meios banhos bastante quentes, pedilóvios sinapisados, enfim, fumegações aromáticas, fomentações excitantes na região hipogástrica, ventosas secas na parte interna e superior das coxas, e mesmo a aplicação de algumas sanguessugas à vulva.* (Mello, 1841:13)

Uma das grandes questões explicitadas nas teses se refere às causas da menstruação. Quase todos os autores sentem-se obrigados a afirmar que não há condições para conclusões seguras e que talvez esse seja um mistério eterno para a ciência. João de Oliveira Fausto (1846) faz um bom inventário das teorias sobre a menstruação, desde Aristóteles até os seus contemporâneos. Apresenta a posição de Gendrin, o primeiro a chamar a atenção para a importância dos ovários e a afirmar que a menstruação consistiria na produção, desenvolvimento e expulsão de vesículas do ovário, ao que corresponderia uma 'turgidez hemorrágica' de todo o aparelho genital, da qual o fluxo menstrual seria o resultado. Fausto (1846:9) qualifica a teoria de Gendrin de engenhosa, mas não é capaz de endossá-la, preferindo inspirar-se em Pinel para dizer que a causa da menstruação ainda se encontra oculta e "é tão difícil achá-la, como explicar a causa porque certas plantas se coroam de flores primeiro que outras". A única coisa que se atreve a dizer é que a menstruação implica a preparação da mulher para a concepção e que só é própria para conceber aquela mulher que é regulada pelo fluxo menstrual.

Em 1855, Eduardo de Abreu já daria como definitiva a eliminação periódica dos óvulos como a principal causa da menstruação. Contudo, ainda não explicava com clareza a relação entre esses dois eventos. João dos Santos Silveira (1855) acrescentaria que o pouco desenvolvimento dos ovários nas meninas que ainda não haviam chegado à idade púbere, assim como a sua atrofia na menopausa, contribuía para admitir a sua importância na função reprodutiva. No mesmo ano, Lobato Junior (1855) afirmaria que, embora a 'postura do ovo' fosse espontânea, o congresso sexual e a presença do esperma na cavidade uterina poderiam estimular a ovulação. Além disso, no período em que a 'queda dos ovos' é eminente, as mulheres, obedecendo à voz imperiosa do instinto, procuram o sexo contrário. A relação entre a produção dos ovários e o desejo venéreo era corroborada pelos casos de castração, animal e mesmo humana, em que se notava a perda do apetite sexual. Algumas dessas concepções, ou das dúvidas, ainda perdurariam por muito tempo.

No concernente à natureza do fluxo catamenial, há uma série de concepções em voga no período. Apenas em uma tese apareceu a noção de que se tratava do "sangue destinado a nutrir o produto da concepção" (Brito, 1840:3). Muitas vezes os autores se dedicam a questionar a natureza perigosa do fluxo. Uma opinião freqüente é a de que o sangue menstrual não é naturalmente nocivo, mas pode se transformar, dependendo de determinadas condições:

visto como nós sabemos que a menstruação é uma função caracterizada por um escorrimento de sangue, exalação que se mistura com mucosidades, tudo isto matéria animal por algum tempo retida no útero; tendo pois a mulher em si todos os elementos para uma completa putrefação, umidade, calor e ar, escorrimento esse que dura por alguns dias, constantemente exalando sangue concluímos, que quando não houver uma cuidadosa limpeza, asseio e mudanças muitas vezes ao dia, já em roupas, já em todos os cuidados necessários em tais ocasiões, acreditamos que a mulher desleixada e pouco limpa constitui e é um foco de exalações pútridas e nocivas quando estão elas acompanhadas dessa função. (Lobato Junior, 1855:11)

A idéia da menstruação associada a algo vergonhoso poderia levar a prejuízos do ponto de vista do programa higiênico que os médicos estavam propondo. Muitas meninas, por vergonha e mesmo por completo desconhecimento do fenômeno, escondiam o fato das mães ou empreendiam esforços inúteis para acabar com o corrimento sanguíneo. Expressando uma preocupação com essa possibilidade, algumas teses conclamam as mães a melhor preparar suas filhas para a chegada da puberdade. Em um capítulo intitulado "Regras higiênicas relativas às mulheres menstruadas", Fausto (1846:16) afirma:

A moça, por um instinto de pudor, dissimulará sua primeira aparição das regras, e por isso a mãe prudente, zelosa da saúde de sua filha, deve instruí-la da revolução que nela vai se efetuar, e de que o corrimento sanguíneo, a que ela vai ser sujeita, é uma função natural, que será o sinal de sua saúde, que, sem ela, a beleza não aparece, ou se abate, como diz Roussel. Algumas moças, em completa ignorância a este respeito, tomam seu novo estado por uma moléstia vergonhosa, ocultam às suas mães, e contrariam os esforços da natureza, usando de loções, injeções e outros agentes perigosos.

No mesmo sentido, porém com mais firmeza, insiste Mello:

não deixaremos contudo de falar do hábito ridículo ou prejuízo vicioso de muitas mães, ou outras pessoas, que dirigindo as moças, subtraem a seus olhos e a seu espírito tudo quanto as pode esclarecer sobre as conseqüências da posição, em que as colocam as prerrogativas da nubilidade, e sobre os meios de dirigir convenientemente as ternas emoções, de que seu coração é tão ávido. Por que se lhes não diz que nada temam dessa fluxão sangüínea, que longe de ser uma doença, é uma função natural, da qual dependerá para sempre sua saúde? Por que não esclarecê-las sobre uma paixão, que tanto lhes importa saber? Porventura teme-se falar de amor? Mas não é ele que lhes deve dar um estado, um nome, torná-las esposas, mães, e fazer em uma palavra as delícias, ou os tormentos de sua vida? Sem dúvida, logo que seu coração palpita por esta paixão, o instinto, ou antes uma necessidade irresistível, as conduz a despeito da vigilância, cuidados, e obstáculos, a instruir-se de tudo quanto concerne ao amor; e é precisa e infelizmente dessas instruções furtivas que elas adquirem noções falsas, e insidiosas para julgá-lo. Estranho sistema de educação, que revestindo as coisas de um aspecto diferente da realidade, dá idéias falsas do casamento, do verdadeiro sentido de suas obrigações, e lhes prepara males inevitáveis! Persuadam-se que, se é perigoso muito saber, é muitas vezes mais perigoso tudo ignorar.

Mães prudentes, mães sensíveis, e verdadeiramente zelosas da felicidade de vossas filhas, vós únicas lhes podeis fornecer um guia fiel, um apoio sólido nos ensaios algumas vezes bem incertos de seu espírito, e dirigir convenientemente os primeiros impulsos de seus corações. Ensinai-lhes a moderar seus afetos, a não formar senão idéias exatas, explicando o valor real das relações sexuais, às quais a natureza e a sociedade as destinam. (Mello, 1841:22-23)

Como parte das regras higiênicas que as mães deveriam transmitir às filhas encontram-se precauções que giram em torno das oposições frio/quente, úmido/seco, além da evitação de cheiros fortes:

Durante o corrimento menstrual, as mulheres reclamam cuidados e precauções, que é preciso fazer conhecer. Elas deverão evitar tomar banhos em água fria, trazer os braços e o pescoço descobertos, devem se abster de bebidas frias, geladas, excitantes ou alcoólicas, como sorvetes, café, chá e os licores: elas evitarão com todo o cuidado cheiros fortes que algumas vezes se acham espalhados na atmosfera: poder-se-ia citar um sem número de casos de moças incomodadas grandemente, por terem a imprudência de habitar em quartos pintados de novo, e dormir onde há rosas, jasmins e outras flores de cheiro ativo. É prudente que se não sentem sobre corpos frios e úmidos: os panos empregados em receberem o sangue das regras, à medida que se escapa das partes genitais, deverão ser sempre bem secos, e aquecidos brandamente, antes de serem empregados. (Fausto, 1846:18-19)

Contudo, a principal exigência dos médicos em relação aos pais se refere aos cuidados com a educação das filhas. Essa tarefa fundamental para o trabalho de vigilância e direção moral poderia ser resumido na proibição de uma educação intelectual mais aprimorada. Fausto (1846) incita as mães a ajudar a natureza, contribuindo para que todos os seus esforços possam ser concentrados nos órgãos genitais. Isso significa que a excitabilidade dos outros órgãos, principalmente a do cérebro, deve ser controlada. A dedicação aos estudos pode fazer com que todas as energias que deveriam ser empregadas no amadurecimento do aparelho reprodutor sejam desviadas para o cérebro. Isso pode causar tanto a demora no aparecimento da primeira menstruação como problemas para aquelas já menstruadas que insistem em esforços mentais na época do seu ciclo. É o que afirma Fausto (1846:19):

É igualmente muito importante que elas não se entreguem, durante o corrimento das regras, a trabalhos intelectuais, e a estudos muito assíduos, que estabelecendo uma superexcitação cerebral, determinam uma desigual divisão das forças vitais, e fazem afluir o sangue para o cérebro.

Mello é ainda mais enfático ao condenar a aplicação intelectual das mulheres. Esse autor justifica sua posição pela teoria do desvio das forças ao cérebro, mas também em função do lugar que a mulher ocupa na sociedade:

Tristes exemplos atestam todos os dias a inutilidade, e até o perigo de obrigar as meninas à cultura da ciências, e demonstram os inconvenientes de uma aplicação muito sustentada, e a perniciosa influência que ela exerce sobre a saúde. A excitação prolongada do cérebro não se limita só a fazer dele o centro exclusivo

de ações e movimentos, enfraquecendo a energia dos outros órgãos; mas o força também a tornar-se a sede de uma suscetibilidade, que ocasiona cefalgias, doenças nervosas, e outras muitas afecções, que envenenam os mais belos dias da existência das mulheres.
A espécie de império, que exercem na sociedade, exige que elas não sejam ignorantes; porém não lhes é devido o mesmo grau de instrução dos homens, cujos destinos partilham e embelezam. O estudo moderado das artes de recreação é o único que lhes convém; porém somente como meio de adoçar as tristezas, suavizar o aborrecimento da solidão, lançar sobre o curso de sua vida doces e agradáveis distrações, de variar enfim os prazeres distraindo-as em seus trabalhos. (Mello, 1841:15)

O que observamos é apenas um exemplo de como o papel social da mulher é reduzido à função reprodutiva. Torna-se evidente como os médicos vinculam 'dados biológicos', como a maternidade, a atividades consideradas femininas. Os processos observados no corpo feminino, nesse caso a menstruação no contexto da puberdade, adquirem extrema importância.[16] São utilizados de forma a corroborar as teorias a respeito das relações entre os gêneros.

A hierarquia de funções que prevê como única possibilidade para a mulher o papel de mãe e esposa está ancorada na definição de um conjunto de dados considerados naturais. Essa hierarquia condena a educação feminina com base nos supostos prejuízos que traria à função primordial da mulher, a maternidade. Educação, aliás, desnecessária, já que aquela função não exige um grande desenvolvimento das faculdades intelectuais. A educação implicaria uma usurpação das forças destinadas à reprodução. A mulher que se entrega ao estudo das ciências estaria se dedicando a um empreendimento que não tem razão de ser e prejudicando a ordem natural das coisas. Além de tudo, por mais que se esforçasse, jamais seria capaz de realizar algo produtivo nesse campo. Nessa fase do século, os médicos sequer discutem a possibilidade da contribuição feminina no mundo extradoméstico. O aprofundamento da educação é visto como algo sem sentido por natureza e potencialmente prejudicial.[17]

A produção médica a respeito da puberdade e menstruação se concentra no período entre a década de 1840 e o início da década de 1860.[18] Mas isso não significa que as questões vistas aqui não tenham voltado à pauta. Podemos vê-las novamente nos trabalhos sobre menopausa, menstruação, sexo e casamento produzidas nas últimas décadas do século XIX e primeiras décadas do século XX.[19]

A Menopausa ou da 'Rainha Destronada'

A menopausa ou idade crítica é outro tema tratado pelos médicos nas teses dedicadas à puberdade e à menstruação. Na verdade, esses trabalhos estão preocupados com o aparecimento da capacidade reprodutiva da mulher e naturalmente o seu fim também precisa ser analisado. Mas, é interessante que não encontremos teses específicas sobre a menopausa até o final do século XIX. A menopausa só se torna um tema de tese em raras vezes a partir de 1898.[20] Isso poderia estar relacionado com a hipótese

mais geral da valorização da mulher pela medicina quase que exclusivamente em função do potencial procriativo. Na medida em que a menopausa representa o fim desse potencial (e não o seu prelúdio, como a puberdade), não merece grandes atenções. Essa sugestão pode ser comprovada se nos determos no modo como é tratada a menopausa nas poucas teses em que aparece.

A primeira constatação é a da oposição feita entre puberdade e menopausa. Enquanto a primeira representa a chegada da beleza, das formas e das funções que caracterizam a mulher, a segunda significa a perda de todos esses atributos:

> *A época crítica é acompanhada de fenômenos que bem a caracterizam, como o é a da puberdade. É assim que a mulher na época púbere era toda vida, que suas formas tornaram-se mais regulares e belas, que os peitos desenvolviam-se, que o monte Vênus cobria-se de pêlos, que a mulher enfim, que durante muitos anos havia visto persistir em si sintomas que lhe davam o direito de ser* mãe, *chegada a época crítica vê que pouco mais ou menos tudo isso desapareceu!* (Silveira, 1855:26-27. Grifo do autor.)

O mesmo autor acrescenta que a menopausa é o inverso da puberdade e que a cessação das regras produz no aparelho gerador da mulher mudanças opostas às da sua aparição. Os ovários se atrofiam, diminuindo em todos os seus diâmetros e apresentando o seu invólucro enrugado. O útero parece passar a um estado de vida vegetativa, assim como as mamas. Uma série de incômodos, que podem se aproximar de um verdadeiro estado patológico, explica porque essa fase é chamada também de idade crítica (Silveira, 1855). Firmino Junior (1840) refere-se a esse período como o momento em que terminou a missão de que a natureza encarregou a mulher. Tem-se a impressão que sua vida não faz mais nenhum sentido a partir de então. Resta-lhe apenas uma enjoativa velhice, uma tristeza contínua, uma mágoa sem fim:

> *Assim como na puberdade, a sua economia sofre na idade crítica uma espantosa revolução; porém quão diversa daquela! Sim, aquela é o indício do brilhante papel, que ela deve preencher na sociedade; o pródomo da sua fortaleza, que tem por base a fraqueza; esta porém é o precursor de uma idade desgostosa, de uma enjoativa velhice, de uma tristeza contínua, de uma mágoa sem fim! A idade crítica muito a propósito denominada inferno das mulheres, fazendo-as passar de uma estação de gozos, e de alegria a uma época de terríveis padecimentos, as submerge por todo o resto de sua vida em um vasto golfo de penalidades, e aflições. Todas as suas belezas desaparecem como por encanto; a nitidez de sua lisa pele foge; seu formoso, e imberbe rosto cobre-se de alguns pelos no mento, e lábios; a grande abundância de tecido celular subcutâneo some-se; os seus músculos murcham; e suas arredondadas formas tornam-se rugosas, e ásperas.* (Firmino Junior, 1840:31)

Abreu aprimora a descrição da decrepitude que se abate sobre a mulher no término da idade reprodutiva:

> *Se lançarmos um rápido olhar sobre o seu físico, observaremos que os traços do seu semblante abatem-se; os movimentos vitais caem em languidez; o tecido aureolar, que outrora encobria a saliência dos músculos, diminui; desaparecem essa frescura e essas formas graciosas, que encantavam os olhos; a lisa pele*

perde sua nitidez, tornando-se enrugada, e ao mesmo tempo tomando uma cor sombria; suas faces tornam-se vermelhas e ardentes de tempos em tempos; seus cabelos perdem sua espessura e cor primitiva; sua voz sofre alterações, os olhos perdem sua vivacidade, e já não são esses acusadores inexoráveis dos combates internos, parecendo comunicar centelha elétrica, a chama amorosa, em que a jovem se abrasa; ao contrário, principiam a esconder-se dentro das órbitas, como que amedrontados do mundo; a língua torna-se seca, e um pouco mais vermelha, do que de costume; as mamas abatem-se tornando-se moles; a auréola e o mamelão tomam a mesma cor da pele, e algumas vezes porém tornam-se firmes sem serem duras: acontece isto sobretudo nas mulheres, que gozaram sempre uma boa disposição; enfim todo esse corpo cai numa espécie de deterioração, marchando a largos passos para a velhice. (Abreu, 1855:34)

Além disso, todas as outras funções naturais deixam de seguir o seu curso normal. A digestão torna-se lenta, o apetite diminui, a mulher urina em abundância, sente frios súbitos e espontâneos, secreção abundante de saliva, diminuição da transpiração cutânea, constipação de ventre etc. Importantes mudanças se dão também no plano moral:

O moral da mulher, estudado nas aproximações da menopausa, sofre mudanças bem sensíveis. A mulher torna-se morosa, inquieta, taciturna, muito sensível; o prazer lhe é indiferente, agasta-se com seus filhos e marido sem causa alguma; o repouso tem para ela mais encanto, do que o exercício; sua vista torna-se muito sensível, e é a este aumento de suscetibilidade dos nervos óticos, que se deve atribuir este excesso de imaginação (...). (Abreu, 1855:35)

Mas, a menopausa não é apenas essa perturbação de todas as funções, perda dos atrativos e capacidades. É também a chegada da tranqüilidade, da calma após anos de dedicação aos filhos (Fausto, 1846). O apoio e a amizade, substituindo os amores da mocidade, passam a ser a base da relação com o marido. Porém, essa tranqüilidade, embora seja descrita como uma recompensa à mulher pelos serviços prestados, implica, em última instância, o fim de sua missão. Nada mais significativo do que a imagem da rainha destronada. Rainha enquanto reprodutora, divindade sem adoradores quando é chegada a menopausa:

Cumpriu-se enfim a missão da mulher sobre a terra, isto é, a conservação da espécie; o facho da vida extinguiu-se, uma nova existência vai começar para ela, como uma recompensa dos serviços prestados à sociedade; a idade dos prazeres terminou-se, e foi substituída por uma felicidade tranqüila, que não vem perturbar as tempestades das paixões, e as desordens dos sentidos; já não é esse objeto de tanto prazer e orgulho do homem; parece então uma rainha destronada, ou antes uma divindade secundária, que não possui adoradores; tornam-se pelo contrário para o homem o símbolo de sua veneração, sua amiga e consolação, seu apoio, enfim a depositária de todos os seus segredos. A verdadeira e santa amizade preenche o lugar desses loucos amores de sua mocidade, os prazeres domésticos e a felicidade de ver seus filhos possuindo uma educação religiosa, moral e intelectual, completam toda a sua dita. (Abreu, 1855:28).[21]

É interessante que com a questão da menopausa continuava em cena a preponderância da função reprodutiva para o organismo e para a vida da mulher. É por meio reprodução que a mulher se distingue do homem e tem um papel na sociedade. As referências a respeito da menopausa apenas confirmam essa idéia, mostrando como aquelas que já não podem mais reproduzir se transformam em 'divindades secundárias' que 'já não possuem adoradores'.

Amor, Sexo e Casamento

A tese de José Teixeira de Coelho apresentada em 1878 trata do casamento mas, na verdade, redefine algumas posições sobre o papel na mulher na sociedade. O autor inova ao dizer que a mulher não é considerada mais um simples instrumento de procriação, pois passa a ocupar um lugar social mais honroso, concorrendo efetivamente para o engrandecimento do homem.

É interessante que Coelho tenta retirar a mulher da restrita função de reprodutora. Sua nova função é mais complexa, na medida em que ela deve colaborar efetivamente para a manutenção da família e da sociedade. A preocupação da medicina com o casamento, refletindo uma tendência mais geral de gerenciamento da ordem social, tem como conseqüência essa redefinição do valor atribuído à mulher. Contudo, o aspecto mais significativo desse processo é que se trata de uma revisão do papel da mulher baseada exclusivamente na família e nas funções de mãe e esposa. Se antes ela apenas dava à luz, agora ela deve também educar os filhos e ser responsável pela sua transformação em indivíduos saudáveis e bons cidadãos para a pátria.

Uma valorização da mulher sem precedentes no que se refere à reprodução de uma ordem com base na família tem início dentro da medicina. A mulher torna-se especialmente importante como uma reserva moral da sociedade, na medida em que está mais próxima da religião, do amor, da abnegação e da dedicação aos outros. Coelho (1878:23) comenta:

> *A mulher na sua grande missão, quando também desempenha os complexos deveres de filha, esposa e mãe, concorre poderosamente para o engrandecimento e satisfação da família, educando os filhos, elevando harmonicamente o fim moral do homem; é uma poesia viva, é uma religião.*

Em outra passagem, afirma que a sociedade provém da família, que, por sua vez, tem na mulher a sua fonte de harmonia. A mulher é a centelha do amor, a alegria do lar doméstico e a escola do futuro. Nota-se que ela deixa de ser apenas a reprodutora, mas não sai do mundo doméstico. E as virtudes tão positivas que agora lhes são atribuídas referem-se estritamente ao domínio privado do lar e da família.

Ao mesmo tempo, a tentativa do autor de não reduzir a mulher à reprodução está restrita a um certo limite. A mulher não deve ser avaliada apenas pela função reprodutiva, mas ela não pode deixar de cumprir essa missão que, aliás, a preparará para seus outros papéis:

A não ser em caso excepcional, uma dedicação justa e extrema, a mulher deve também procurar ser mãe, sem o que a sua missão será incompleta; devendo convencer-se ao mesmo tempo de que a natureza obrigando-a a sofrer cruciantes dores físicas para atingir o apogeu da sua glória – sendo mãe, lhe ensina que a sua missão é saber sofrer e amar.

Diz Mompont que o casamento completa a mulher e a maternidade de algum modo a santifica. Que sem o casamento e a maternidade ela é como o artista que errou a vocação; procura, apalpa e tateia em seu caminho; sente que não se acha na verdadeira esfera que convém à sua natureza, aos seus instintos, às suas necessidades; muitas vezes engana-se a si mesma, tem caprichos que julga serem transportes de amor, aspirações fantásticas, romanescas, que pensa serem assomos de ternura; entrega-se às vezes a um galanteio desenfreado, desejando ardentemente, mas em vão, os prazeres do mundo, com que crê poder encher o vácuo que existe em seu coração e em sua cabeça; tem necessidade de comoções fortes, de espetáculos que impressionem, terríveis, que possam causar-lhe síncopes; gira sem cessar no mesmo círculo de erros e decepções, de desgostos fúteis e de falsas alegrias; enfim bem depressa vê que a sua existência é fictícia, e que andou sempre correndo atrás de quimeras e de ilusões.

Pelo contrário, o estado de esposa e de mãe faz com que ela compreenda perfeitamente a sua posição, conhece e sente que a natureza a criou para tais fins, e esta situação corresponde a todos os seus instintos de dedicação, de abnegação, de generosidade e de ternura. (Coelho, 1878:24-25)

Além disso, o papel da mulher como reprodutora também ganha uma nova interpretação na medida em que a questão do desenvolvimento da raça passa a ter mais destaque:

À mulher, encarada debaixo do ponto de vista fisiológico e moral, está confiada a grande obra do desenvolvimento da raça humana; é ela que, depois de encarar em seu seio o gérmen do novo ser e de tomar parte ativa na formação deste, está encarregada de nutri-lo com seu leite, e durante a infância educar o seu espírito nos primeiros conhecimentos; é a ela, finalmente, que fica confiada a grande missão de formar o novo coração, de adorná-lo com todas as virtudes. (Coelho, 1878:71-72)

Coelho diz ainda que a mulher e o homem são dois entes 'incompletos' e 'relativos' que concorrem para formar um só todo. Como ser 'relativo', a mulher deve respeitar o homem, que é tudo para ela e sem o qual ela não pode subsistir. O homem, por sua vez, deve idolatrar e respeitar a mulher, não só porque ele lhe deve o ser, mas também porque ela é a origem da paz e alegria domésticas, sendo "um poderoso móvel que muito concorre para a realização das aspirações da civilização moderna" (Coelho, 1878:25). Fica evidente a divisão de mundos, de valores e de tarefas para cada gênero. A mulher não é capaz de providenciar sua subsistência, o que deve ser feito pelo homem. Mas ela é garantia da reprodução da vida e da harmonia no mundo doméstico. O autor apresenta como a perspectiva da complementaridade e divisão das esferas pública e privada tomava corpo dentro do pensamento médico.

A tese de Manoel Mauricio Sobrinho (1911) é intitulada *Contribuição ao Estudo da Continência*, mas enfoca principalmente as distinções entre homens e mulheres com base na função sexual. O autor começa o trabalho condenando o celibato, mas

recomendando a continência temporária, antes do casamento. Nessa fase, da puberdade, o desenvolvimento dos órgãos sexuais não deve ser prejudicado por um exercício prematuro. Posteriormente, deve-se procurar a união monogâmica, permanente e regular. O apetite sexual deve ser controlado e perfeitamente adaptado à conservação da espécie. O problema é que há diferenças entre homens e mulheres que precisam ser consideradas. O autor afirma a esse respeito:

> *Não trepidamos em afirmar que o instinto sexual é mais intenso no homem do que na mulher; nele o desejo de possessão física domina todos os outros, – ama sensualmente.*[22] *O contrário se passa com a mulher; ordinariamente seu desejo sexual é pouco intenso, só tardiamente se desenvolve; seu amor é mais ideal; mais sentimental; o seu ideal está na maternidade. Se o sentimento na mulher fosse igual ao do homem neste particular o mundo não seria mais do que um vasto campo de lupanar onde a união regular e a família nunca se poderiam constituir, a própria espécie tenderia a desaparecer.*
> *A mulher, diz Lombroso, tem uma lubricidade menor que o homem e uma sexualidade superior.*
> *O amor é um fato capital na vida da mulher.*
> *Ela é naturalmente e organicamente monógama. Seu amor consiste quase inteiramente no instinto de abnegação e de afeição; este amor não é para ela mais do que uma face secundária da maternidade. Os fisiologistas e os filósofos opinam que a mulher tem um grau de sensualidade muito inferior ao do homem e que é muito menos inclinada à poligamia do que ele.* (Mauricio Sobrinho, 1911:XVII)

Nota-se aqui a força da associação da mulher com a maternidade e a definição das suas características psicológicas ou morais com base no amor materno, em contraste com o amor sensual masculino. Mauricio Sobrinho (1911) ainda recorre à *Psycopathia Sexualis* de Krafft-Ebing para dizer que a necessidade de amar é mais forte e mais contínua na mulher, enquanto no homem é mais episódica. A mulher ama com todo o seu coração. Para ela o amor é a vida. Para o homem, é o prazer da vida. O amor desgraçado apenas fere o homem, ao passo que para a mulher é a perda total da felicidade, quando não significa a própria morte. É por isso que a mulher se inclina para a monogamia e o homem, para a poligamia. O instinto sexual dela é construtivo e dominado pela maternidade.

Diante da constatação dessa diferença, o autor sugere que é preciso procurar corrigir essa discordância por meio da transformação dos costumes. Os ensinamentos da evolução, os dados da história natural dos animais e do homem e o interesse social, o progresso da espécie e as regras da ética e da estética apontam para a monogamia como a meta a ser perseguida. O pudor, a castidade e a fidelidade são considerados como sinais de uma evolução progressiva para uma moralidade superior e um estado social melhor. Representam o contrário da promiscuidade, que não estaria presente na natureza humana. A promiscuidade significaria um erro absoluto, que faria do homem uma espécie inferior às outras espécies animais.

Uma repercussão importante desta perspectiva é a condenação da prostituição. Mauricio Sobrinho (1911) se posiciona contra a prostituição para atender às necessidades masculinas. Afirma que a castidade deve ser exigida de ambos os sexos. E castida-

de, deste ponto de vista, não é a ausência da função sexual, mas sua sujeição à razão, à justiça, à higiene e à moral.

A continência é prejudicial para ambos os sexos. Mas, no caso da mulher ela é ainda mais grave, levando a um duplo sofrimento: a insatisfação do desejo sexual e a frustração do desejo de ser mãe. O autor deixa claro que esta era uma discussão importante na época. Faz referência às autoras alemãs Helena Stöeker e Anna Pappritz, que questionavam a hipótese de o desejo sexual feminino estar exclusivamente associado à maternidade. Essas autoras diziam que as mulheres não se entregavam aos homens pelo desejo de ser mãe. Na vida erótica da mulher, em primeiro lugar estaria o amor pelo homem, e só posteriormente, o amor pela criança. O número de crianças ilegítimas provaria que a mulher age pelo amor sexual, e não pelas crianças. Para Mauricio Sobrinho (1911), essas escritoras apresentam uma perspectiva totalmente falsa e incompatível com o que deve sentir e pensar uma mulher normal.[23]

O autor passa então a considerar os problemas advindos com a insatisfação sexual da mulher. Comenta que a mulher, quando fica muito tempo privada da satisfação do seu desejo, pode sofrer de ninfomania, clorose, dores hipogástricas, irritabilidade nervosa, histeria, alucinações e moléstias mentais. Além disso, suas particularidades sexuais secundárias podem sumir, o caráter pode se tornar iracundo, áspero, e o aspecto masculino se completa com o aparecimento de pêlos de barba.[24] Contudo, a satisfação sexual feminina não depende apenas da freqüência do ato, mas também do modo como é realizado. A sexualidade não satisfeita seria, na maioria dos casos, uma conseqüência da ignorância na *art d'aimer,* na qual tomam parte a simpatia e a delicadeza, tanto quanto a ternura e as carícias nas preliminares do ato. A prática do *coitus interruptus* é avaliada pelo autor como especialmente nociva:

> *é fácil compreender porque a prática do* coitus interruptus, *tão geralmente em uso como meio preventivo, é tão prejudicial à saúde da mulher. É pois justamente no momento onde a sexualidade da mulher chega ao auge, ao paroxismo, que devemos interrompê-la, com o único fim de evitar a concepção?* (Mauricio Sobrinho, 1911:50)

Percebe-se que a contracepção é, no mínimo, apresentada com desprezo pelo autor. O coito interrompido teria como resultado uma vingança da natureza feminina levada a cabo por meio do tédio, do repúdio ao marido, e também uma constante excitação dos órgãos sexuais, além de possíveis moléstias.

Mauricio Sobrinho relata alguns casos que confirmariam a sua tese, como o de uma mulher bem educada que lhe confiou que desde a noite de núpcias deparou-se com um marido esgotado e de idade mais avançada. Depois de quatro meses, a moça tornou-se nervosa ao extremo e no fim de um ano foi surpreendida por um acesso de epilepsia e mênstruos anormais. O médico que consultou na época declarou que se ficasse grávida, as desordens desapareceriam. Ela "apenas escutou com dor esta sentença" e no fim de dez anos de sofrimento acometeu-a uma grande moléstia pelviana, sendo então desenganada pelos médicos (Mauricio Sobrinho, 1911:53). Para o autor, o uso de métodos de controle da natalidade, a continência obrigatória ou a falta de satisfação do

desejo sexual levavam as mulheres à beira da loucura e da doença. E práticas como a masturbação e o onanismo são percebidas como sintomas desse processo, que começa com a privação do ato sexual considerado normal e saudável, vinculado à reprodução.

As Perturbações Femininas

Na produção médica editada no Brasil, a associação entre os órgãos genitais femininos e as perturbações mentais aparece sob diversas formas, desde a histeria até a loucura puerperal. No que se refere à menstruação, a partir da década de 90 do século XIX assiste-se a um redescobrimento deste tema marcado pela interpretação da desordem.[25]

A menstruação expressa de uma maneira única o caráter instável e suscetível da constituição física e mental da mulher. Nas fases críticas do seu aparecimento na puberdade e do seu fim na menopausa, mas também durante todo o período da sua recorrência, a mulher está sujeita a intensas perturbações. É quase como se a condição de mulher, por sua própria natureza, beirasse a patologia. As manifestações dessa condição diagnosticadas pelos médicos, embora possam assumir caracteres físicos, são principalmente de ordem mental. Na verdade, às vezes a relação entre esses dois domínios é de tal forma intrincada, que eles se sobrepõem. Os genitais parecem ter uma capacidade singular de interferência na estrutura da mente feminina.

O artigo do Dr. Ball, traduzido do *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques* em 1890, fornece indícios sobre o que se produzia na Europa quanto a essas questões e que estava sendo lido pelos brasileiros. O artigo tem o sugestivo título "A loucura menstrual", e apareceu na sessão de clínica psiquiátrica do *Brazil Medico*. O Dr. Ball começa falando da influência das funções genitais sobre as funções intelectuais e afirma que os acidentes cerebrais causados pela menstruação são comuns tanto na puberdade e na menopausa quanto em plena vida genital. Esta última fase é que será discutida.

O autor esclarece que inúmeros trabalhos têm tratado do assunto desde um famoso caso observado em 1823, quando uma mulher foi julgada e condenada à morte por ter matado o próprio filho. Mas, durante a sua permanência na prisão, foi possível notar que ela era vítima de perturbações cerebrais por ocasião dos períodos menstruais. Depois de examinada mais minuciosamente pelos médicos, ela foi transferida para um asilo. Casos semelhantes, de acessos de mania, foram identificados pelo próprio Dr. Ball. Esses acessos se caracterizam sobretudo por uma excessiva loquacidade, agitação e visões parciais, entre outros sintomas. Passado o período da menstruação, a doente volta ao normal e não costuma lembrar-se do que aconteceu. Segundo o médico, "isto constitui um ponto importante, porque um alienado que não se lembra absolutamente de seus acidentes cerebrais, está muito mais longe da cura que aquele que se recorda desses acidentes, deles fala e sobretudo não cora de neles falar" (Ball, 1890:329).

As causas desses acidentes são buscadas na predisposição. O autor esclarece, baseando-se em um caso por ele tratado: "Quanto à razão destes acidentes, encontrar-se-á sobretudo na predisposição; o pai da doente em questão é sujeito a acessos lipemaníacos, a mãe é nevropata; uma das irmãs é histeroepiléptica; e ela mesma foi

sobrecarregada de excessivo trabalho intelectual quando teve de prestar exames" (Ball, 1890:329). Nota-se que a noção de predisposição abriga tanto os caracteres hereditários quanto o desgaste intelectual. A dedicação aos estudos ganhava ares de principal vilão.

O que se notava era que a maior parte das mulheres no momento da menstruação experimentava algum tipo de fenômeno insólito. A enxaqueca, o princípio de uma ligeira excitação cerebral, era bastante comum. Ao lado dela, apareciam extravagâncias de caráter, às vezes em grau excessivo. Nas histéricas e epilépticas, a chegada das regras provocava acessos. Observava-se freqüentemente uma modificação do caráter ordinário que se tornava barulhento e contraditório, tornando difícil a vida em comum. Em alguns casos sobrevinha um sentimento de alegria exaltada e mórbida. Contudo, estes exemplos ainda não eram dos casos mais graves. A situação podia piorar, como explica o Dr. Ball (1890:329):

> *Nos casos deste gênero só se trata de perturbações intelectuais ou morais que apenas constituem o esboço de acidentes mais graves. Mas abundam as observações em que se vê ter lugar a dipsomania, a piromania, a cleptomania etc. Tem sido assinalada também freqüentemente a erotomania, sendo bem conhecida a observação desta doente que, em estado de excitação genital extraordinária, pedia para ser levada a uma casa de prostituição.*

Ou seja, a menstruação, esse fenômeno que na visão dos médicos da época caracterizava a vida da mulher, poderia ser responsável por acessos de loucura de vários tipos, manifestações da desordem que se instaurava no organismo feminino. Não se pode deixar de assinalar que uma dessas desordens mais freqüentes tem a ver com a manifestação do desejo sexual feminino sem a devida vinculação à reprodução. A erotomania, a masturbação e mesmo a prostituição passavam a ser apresentadas pela medicina como as grandes ameaças ao comportamento feminino regular. A sexualidade feminina exercida fora do casamento, da relação com o marido e escapando da intenção procriativa era cada vez mais identificada com a loucura, a perversão, a imoralidade.

Voltando ao artigo do Dr. Ball, podemos notar que a desordem poderia ser ainda mais ameaçadora à sociedade, já que algumas mulheres apresentavam um tipo ainda mais grave dessas perturbações vesânicas: a loucura homicida. O autor cita que alguns casos são bem conhecidos mas, infelizmente, não os descreve. Acrescenta que todos esses acidentes, que se pode denominar de loucura menstrual, cessam com o término das regras ou pouco tempo depois. Porém, algumas vezes, as doentes caem em manias crônicas. Ball finaliza o artigo dizendo que o prognóstico é relativamente favorável. A loucura menstrual é muitas vezes curável, mas dependendo da predisposição da doente. A terapêutica assume diversas formas. Eram empregadas as emissões sangüíneas por meio de sanguessugas, os vesicatórios, o bromureto de potássio e, quando se tratasse de "mania verdadeira", convinha não esquecer o ópio, a morfina, a atropina e o tártaro emético para acalmar as excitações (Ball, 1890:329).

As teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro nos anos seguintes refletem a tônica geral apresentada no artigo do Dr. Ball. Em 1891, Pedro Luiz Barbosa defendia uma tese sobre *Desordens Catameniais*, na qual a relação entre

menstruação e perturbações mentais era um ponto central. Logo no início do trabalho, em um parágrafo primoroso, temos a noção exata da importância da menstruação como aquilo que representa a diferenciação entre os sexos e a aptidão reprodutora da mulher:

> *Fundida em um novo molde, a mulher entra no torneio da vida para ser dada em holocausto ao papel sublime da maternidade que a constitui a abóbada do edifício familiar; é nesta nova fase, chamada por Buffon de primavera da vida, de estação dos prazeres, que ela exibe o seu temperamento particular, destacando-se do sexo contrário por um fluxo intermitente denominado mênstruos, catamênios, luas, ordinárias e mais acertadamente regras, se bem que ainda existam expressões outras não merecedoras de referência.*
> *Essa tradução externa da aptidão reprodutora do sexo feminino, esse atributo significativo da puberdade metamorfoseia a mulher, física e moralmente, pois com ele se inicia a diferenciação dos dois seres da escala superior da organização humana, até então nascidos, crescidos e evoluídos sob o influxo uniforme e imutável das mesmas leis da natureza.* (Barbosa, 1891:3-4)

O autor segue tratando de pontos como a influência de costumes citadinos apressando o aparecimento do fluxo menstrual, a "ainda insolúvel" questão da relação entre menstruação, ovulação e fecundação e a associação entre cio e menstruação. Acredita que há uma coincidência entre esses dois eventos no caso da mulher. Apenas pondera que:

> *Se a mulher não mostra a sua excitação no correr dos mênstruos é porque o seu caráter de momento, tão falado por Michelet, se oculta com o véu das conveniências sociais; ela obedece assim às leis da civilização em detrimento do reclamo periódico do seu organismo, abafa o seu apetite genésico em nome do pudor e das necessidades mundanas.* (Barbosa, 1891:9)

Na segunda parte da tese, trata das desordens menstruais, como as metrites, ou inflamações do útero, ligadas ao mau funcionamento da economia menstrual, e na terceira parte se dedica às nevroses e psicoses menstruais. Faz referências a médicos famosos como o francês Icard ou o brasileiro Rodrigues dos Santos, que já haviam apontado a relação entre a menstruação e as perturbações nervosas. Afirma que a menstruação facilita a superexcitação nervosa, que tem efeitos mais graves quanto maior forem os desarranjos desse fenômeno mensal. As psicopatias menstruais são resultado de uma possível associação entre predisposição herdada ou adquirida e o seguinte processo:

> *A irritação reflexa dos nervos ovarianos, chegada ao máximo no momento de fluxo hemorrágico, desnorteia a circulação e determina fenômenos congestivos que atuam fazendo desaparecer os liames que subordinam o encéfalo, o eixo bulbo-espinal e o simpático. Dá-se então o desacordo dessa tríade harmônica, em virtude da excitação ovárica e prolongada, embora de intensidade mínima.* (Barbosa, 1891:64)

Inspirado no Dr. Icard, Barbosa explica que a menstruação influi em três ordens de perturbações. A primeira é a esfera da vontade, e se caracteriza pelo delírio dos atos (cleptomania, monomania, mania homicida), delírio dos instintos (ninfomania, monomania

suicida) e mania aguda, impulsões e delírios diversos. A segunda se refere aos sentimentos e afeições, como as manifestações de maldade, fraude, dissimulação, mentira, revolta, ódios, inveja e vingança. A terceira ordem de perturbações ocorre no domínio da inteligência, no qual é comum observar idéias de desespero, ruína, moléstia, perseguição, delírio religioso, ilusões etc. Ou seja, pode-se dizer que as mulheres estão sujeitas às mais variadas desordens durante boa parte de suas vidas. Algumas podem ser extremamente perigosas para a manutenção da sociedade. Está se falando de atos tão graves como homicídio e suicídio, isto é, da ameaça à própria vida e à vida de alguém. E também de ninfomania (associada à prática da masturbação excessiva), dissimulação, mentira e revolta (Barbosa, 1891).

É notável que a leitura dos médicos das perturbações da mulher durante o período em que estariam com as funções sexuais mais evidentes (vide a associação entre cio e menstruação) identifique esse tipo de manifestações. Poder-se-ia sugerir que se trata de uma fuga do controle costumeiro para um estado em que as mulheres manifestariam sua sexualidade, fingiriam e enganariam os homens e não teriam constrangimentos em mostrar revolta.

Na descrição e leitura dos médicos, esses comportamentos indicavam uma possibilidade de ameaça quase que subterrânea representada pelas mulheres. Os momentos de maior manifestação do caráter sexual naturalmente exacerbado inerente ao sexo feminino, como é o caso da menstruação em toda a vida reprodutiva mas também da puberdade, da menopausa e da gravidez, são momentos privilegiados para se constatar que quando a sexualidade feminina está restringida à reprodução, funciona como a melhor garantia e justificativa do exercício do papel correto das mulheres na sociedade.

Entretanto, esses momentos são vistos também como aqueles em que a mulher pode se desgovernar, expressando indícios de uma recusa à subordinação masculina e a uma sexualidade restrita à reprodução. Parece que os médicos estavam certos de que toda a questão se centrava na sexualidade. Se vigiada e acoplada à gravidez e à maternidade, representava garantias; caso contrário, entrava no terreno das ameaças. O interessante é que podemos detectar isso não em um discurso explícito e direto acerca do livre exercício do ato sexual ou masturbação, mas em um sistema bem mais complexo.

É com base na interpretação dos médicos sobre fenômenos como a menstruação – que os definem como fases de 'intensa atividade genésica' ou de manifestação do desejo sexual – e também na patologização dessas fases que se compreende a instabilidade observada nas mulheres. Ainda é preciso dizer quanto a essa patologização que o interessante não é o diagnóstico que vê a doença na sexualidade feminina, mas sim a caracterização dessas 'doenças'. Na formulação de Barbosa (1891), trata-se de perturbações na esfera da vontade, dos sentimentos e afeições e da inteligência, como ninfomania, dissimulação e revolta, que levam a pensar em uma ameaça de ruptura com a ordem, protagonizada pelas mulheres.

Essa possibilidade de ruptura pode ser articulada com o desenvolvimento de uma temática bastante importante na passagem do século, expressa também na tese de Barbosa. Trata-se da questão da responsabilidade legal das mulheres, que ficaria suspensa se comprovadas as perturbações mentais advindas da menstruação, da gravidez, do aleitamento e da menopausa.

Esse problema é tratado pelo autor no capítulo denominado “A mulher na família, na sociedade e perante os tribunais”. Neste item, Barbosa (1891) afirma que a mulher necessita de uma série de cuidados a serem oferecidos pela sociedade. Um ultraje no período menstrual, por exemplo, poderia levar à suspensão repentina das regras, o que a colocaria na iminência de uma série de moléstias e mesmo da morte. No trecho que se segue, o autor fala da proteção que a família e a sociedade devem oferecer e deixa claro que as perturbações femininas têm origem nas exigências intelectuais características do mundo público. A seqüência que trata da menopausa e da perda dos atrativos femininos não deixa dúvidas quanto às pretensões de restringir a mulher ao mundo doméstico:

> *À família e à sociedade compete, pois, garanti-la contra estes influxos estorvadores, escusando-a dos encargos públicos, para os quais são reclamados, a par de rigorosas ponderações cerebrais, os mais alevantados recursos do intelecto. A hipertensão do espírito em certas épocas, já o dissemos, pode atuar em detrimento da função menstrual; esta última por sua vez acarreta estados psicóticos capazes de colocar a mulher, pelo menos periodicamente, no domínio da patologia.*
> *Na menopausa, o seu caráter sui generis, o seu moral deprimido, exige as alegrias calmas e tranqüilas da família e que não podem ser hauridas nos labores dos negócios públicos, nas asperezas das profissões carecedoras de estudos abstratos.*
> *A mulher fora do lar perde gradualmente os seus atributos delicados, como a rosa tirada da roseira vai pouco a pouco perdendo os lindos atrativos.* (Barbosa, 1891:74)

A mulher, então, precisa de proteção, o que significa não se entregar às atividades intelectuais ou ao exercício de funções no domínio público. Este projeto de tutela se expressa também em uma outra faceta, que é a do questionamento da responsabilidade legal das mulheres. Barbosa (1891) afirma que não é tão rigoroso quanto outros autores, como Icard, por exemplo, que advogam a desconsideração do depoimento de uma mulher durante o período menstrual, época em que as mentiras e perversões morais seriam comuns. Nosso autor procura precisar que não é a menstruação, mas as perturbações nervosas decorrentes dela, como as psicoses, que devem ser o motivo da desconsideração dos depoimentos. A influência específica da menstruação só pode ser determinada após o exame do histórico da paciente. Cabe ao médico não se deixar levar pelas opiniões que inocentam uma mulher que praticou um crime apenas porque estaria sob a influência de desordens inerentes ao período menstrual.

É possível depreender dessas afirmações que não era incomum na época suspeitar-se da palavra e das atitudes de uma mulher em função de perturbações mentais quase que permanentes ligadas ao funcionamento do seu organismo. Um depoimento poderia perder seu valor jurídico e mesmo um crime poderia ser inocentado devido a essa suposta falta de responsabilidade das mulheres pelos seus atos. Talvez essa relativização do livre arbítrio feminino estivesse relacionada não só com a necessidade de tutela sugerida pelos médicos, mas também com a desqualificação da vontade e da razão femininas. Transformando a mulher em uma louca em potencial, que pode perder a razão em uma série de momentos, é possível desqualificar alguns de seus atos. A prática da masturbação, o adultério e mesmo o infanticídio são alguns comportamentos muitas vezes explicados pela loucura.

O peso desse tipo de diagnóstico médico bloqueia as especulações sobre os possíveis motivos conscientes, racionais, que poderiam levar as mulheres a esse tipo de comportamento desviante do padrão social. É interessante também que tanto o que caracterizaria a loucura como a natureza dos atos praticados estão relacionados com sexo, reprodução, maternidade. E em um outro nível, a predisposição às perturbações mentais é engendrado, além da hereditariedade, no contato com a esfera pública e as exigências de desenvolvimento intelectual.

A tese intitulada *A Menstruação na Etiologia das Nevroses e Psicoses*, defendida por Vicente José Maia em 1896, aprofunda este último ponto. Na introdução, o autor refere-se à educação como o fator determinante para que uma jovem chegue ao caminho da maternidade ou da prostituição: "A educação em si é tão importante que ou encaminha a jovem, tornando-a o receptáculo de sãs virtudes, preparando-a para o sacrossanto dever de uma mãe exemplar ou transformando-a em um ente desprezível barateado, no mercado da prostituição" (Maia, 1896:9). Além disso, a emancipação feminina é apresentada como um grande vício social da modernidade e o estudo e o exercício profissional, como fatores que certamente levam ao desequilíbrio dos centros nervosos e de outras funções:

> *Se considerarmos agora a mulher, em plena fase genésica, em face da sociedade hodierna, ainda aqui a nossa crítica vem estribar-se nesse vício social, que pretende colocá-la em um nível superior às forças e ao seu papel.*
> *De dia a dia tende ela a emancipar-se.*
> *O preparo de uma futura esposa, o cultivo da escultura, da pintura, da música, enfim, de todas as belas artes, adaptáveis à sublime delicadeza de seu sexo, representam hoje um círculo limitadíssimo de sua instrução. O requinte desta, na atualidade, está no cultivo de ciências e artes que jamais poderão ser-lhes confiadas: a mulher-médica, a mulher-naturalista, a mulher-política, a mulher-jurídica constituem o luxo do século presente. Daí novos deveres, novas excitações implantadas em um organismo, cuja resistência há de fatalmente baquear, denunciando-se por um desequilíbrio dos centros nervosos e de todas as funções deles tributárias.* (Maia, 1896:11)

O autor ainda comenta o presságio de Legouvé, segundo o qual o século XX seria não o século do vapor, como o XIX, ou o da eletricidade, como se pensava, mas o século das mulheres. Aos olhos de hoje, poderíamos imaginar que se tratava de um prognóstico positivo, mas não era o caso. Maia (1896) deixa transparecer um certo tom de ironia, ao mesmo tempo que condena a emancipação feminina. Do seu ponto de vista, a mulher é incumbida pela sociedade da dupla e santa missão de esposa e mãe, desde o aparecimento da menstruação, e a isto deve se resignar. É interessante que agora a natureza foi substituída pela sociedade como o agente determinante do destino feminino.

No que se refere à menstruação, o autor assim apresenta as alterações provocadas na mulher:

> *Enfim as impulsões ao suicídio, ao roubo, ao incêndio, concepções delirantes, manias religiosas, erótico-místicas, idéias sexuais bizarras, amores platônicos, terminando quase sempre na masturbação, alucinações máxime visuais e auditi-*

vas desorientam o seu cérebro. Transposta a puberdade, quase sempre perigosa pela predisposição a toda a sorte de psicoses que determina e em que o estabelecimento do primeiro catamênio representa o termômetro da perfectibilidade ou imperfeição da mulher, a reprodução mensal da hemorragia periódica, apesar de se dar em um organismo cujas funções se acham perfeitamente regularizadas, pode acarretar desordens nervosas e psíquicas, algumas das quais pouco diferem das supra mencionadas. Em generalidade o que mais observamos, nos dias que precedem, acompanham e subseguem a cada época menstrual, é a atividade excessiva nas lides domésticas, maior vivacidade de espírito, loquacidade pronunciada, exacerbações dos sentimentos conjugais, terminando quase sempre no ciúme. Mais conhecedoras dessa função, que constitui-se um hábito inveterado no seu organismo, bem como dos prazeres sexuais, vê-se o erotismo genital despertar, com freqüência, desejos libidinosos, caprichos singulares, concepções bizarras. O que há, porém, digno de admirar-se é a exaltação de sua imaginação, tendendo a produções surpreendentes no fundo e na forma: B. de Boismont conta que 'a senhora de um farmacêutico experimentava tal superexcitação, quando menstruada, que a todos maravilhava, pela linguagem elevada, extraordinário talento, rara instrução que demonstrava naquele momento: facilmente referia fatos históricos, falava em geografia, discutia política, produzia belas poesias, excelentes discursos, etc., etc. Tinha duas irmãs: umas delas apresentava sintomas semelhantes, no momento das regras, enquanto a outra era sujeita a crises histéricas'. (Maia, 1896:24-25)

Podemos notar no trecho citado a preeminência de categorias como masturbação, exageração dos sentimentos conjugais, erotismo genital e desejos libidinosos indicando que a sexualidade feminina é maximizada em função da menstruação. Outro ponto a ser destacado refere-se à exaltação da 'imaginação', traduzida no emprego de uma linguagem elevada, talento e instrução que apareciam ou se tornavam explícitos apenas nesse período.

Os dias da menstruação mais uma vez parecem representar uma fase em que a mulher expressa desejos e capacidades ordinariamente contidas. Mas tais desejos ou capacidades não pertencem à ordem natural das coisas. Aparecem em momentos em que a mulher está mais instável e suscetível a perturbações de todo tipo, chegando mesmo à loucura. Dessa forma, também são desqualificados, descritos como algo fora do normal, frutos de uma confusão momentânea e não como expressões legítimas e conscientes. Um estado especial caracteriza a mulher nesses momentos. Ela parece perder a condição de sujeito, a razão e o livre arbítrio parecem abandoná-la exatamente nos momentos em que manifesta mais livremente suas vontades, desejos sexuais, ciúme do marido, loquacidade e inteligência.

Maia continua a tese catalogando os diferentes tipos de nevroses e psicoses associadas ao período menstrual que são mais recorrentes. Cita entre esses fenômenos a histeria, a clorose, a mania aguda, a mania alucinatória, as idéias religiosas, a erotomania e a ninfomania. No que diz respeito a estas duas últimas, explica que:

É inconteste o papel altamente predominante que a turgência, a congestão dos órgãos genitais exercem no mecanismo dessas psicopatias e só por esse modo compreenderemos a maior freqüência de suas explosões ou agravo, no momento da fluxão emênica, sendo que o término da hemorragia mensal representa um elemento moderador quase sempre proveitoso. (Maia, 1896:78)

Acrescenta que em concomitância com os acessos eroto-ninfomaníacos, são habituais os 'atos masturbantes' que acompanham cada menstruação ou então se tornam um hábito diário, em qualquer caso causando grandes prejuízos. A masturbação pode ser despertada na puberdade pela chegada da primeira menstruação. No parágrafo a seguir, vê-se que também pode representar uma aversão ao sexo oposto:

> *Este vício pode depender, em aparência, somente das excitações sexuais que se despertam com o primeiro fluxo, concorrendo para desejos venéreos naturais; entretanto, muitas vezes nota-se uma aversão, uma antipatia da púbere desequilibrada, para o sexo contrário, negação essa que redunda em um desafogo, diante do acúmulo de irritação genital e energia sexual, no hábito degradante de uma manualização tresloucada. Esse desregramento, esse abuso sexual não correndo à conta de um terror, pelas idéias de um contato viril, essa perversão dos instintos genésicos será o prenúncio de uma ninfomania que, ainda rudimentar, denota um estado degenerativo, um dos estigmas caracterizantes da loucura na puberdade. A instalação do primeiro corrimento menstrual, em seus efeitos concorrentes às manifestações psicopáticas, hostiliza sobremaneira a esfera moral e dos atos, antes que a da inteligência; há pois, mais atos mórbidos e impulsões de que verdadeiro delírio. As faculdades morais são comprometidas, já em separado, já simultâneo, em limite porém de difícil circunscrição, tal o seu caráter de instabilidade.* (Maia, 1896:56)

Assim como na puberdade, também na menopausa a mulher está mais suscetível à "perversão dos instintos genésicos, espécie de excitação insólita que renasce, despertando desejos venéreos, em um aparelho desfalecido ou, pelo menos, prestes a agonizar, obedecendo nesse abatimento fisiológico a um imperioso mandato da natureza" (Maia, 1896:31). Nesta fase da vida uma outra espécie de perturbação em particular ganha destaque. Trata-se de delírio religioso:

> *Qualquer das épocas do período menstrual concorre para o delírio religioso, sobretudo aliado às idéias eróticas e mesmo na puberdade em que o sensualismo apenas desabrocha – não raro vamos observar muitas jovens, educadas nos princípios mais severos da religião, experimentarem verdadeiras alucinações, fantásticas concepções, impostas ao seu espírito e nas quais intervém a influência celestial ou diabólica.*
>
> *Porém máxime na menopausa tornam-se habituais esses desvarios genésicos, nessa fase tristonha em que a religião representa o bálsamo consolador das fantasias e ilusões perdidas.*
>
> *A forma melancólica do delírio religioso, caracterizada por escrúpulos, idéias de culpabilidade, temores de pecados, penitências as mais extravagantes, pode acompanhar-se de idéias de suicídio e algumas vezes ninfomania...* (Maia, 1896:89)

O autor termina a tese com o relato de uma série de casos observados na Casa de Saúde Dr. Eiras e no Hospício Nacional dos Alienados. São casos em que manifestações de loucura, degeneração, melancolia e hipocondria estavam associadas às desordens catameniais. Uma trajetória bem exemplar e significativa é a de M. J., moça de 29 anos, branca, brasileira, casada, multípara, internada na Casa de Saúde Dr. Eiras em 27 de maio de 1896. A paciente tinha como antecedentes pais nevropatas e uma tia histéri-

ca. Aos 14 anos de idade começou a ter manifestações histéricas e epilépticas coincidentes com o primeiro fluxo menstrual. Casou-se aos 21 anos, e nos primeiros anos dedicava-se ao marido e à família. Mas, tempos depois, abandona-o e passa a se entregar a outros homens. O fato mais interessante é que sua infidelidade conjugal manifestava-se dias antes do período menstrual. Além disso, a mulher era instruída, educada.

O diagnóstico fala em ninfomania e erotomania. Maia explica que ela apresentava lesões uterovarianas, mas que as perturbações nervosas das quais sofria eram devidas à função menstrual, já que o delírio erótico surgia alguns dias antes do início do fluxo e perdurava até as vésperas do seu fim. O autor também descreve os momentos de crise:

> *Era digna de interesse e compaixão a observância dessa senhora nos momentos de crise: dominada pela ninfomania, o seu olhar irrequieto, vibrante e expressivo traduzia bem as sensações irresistíveis, os desejos implacáveis que torturavam o seu corpo; então deixava de ser a mulher polida, perdia os atrativos à música, à literatura, para tornar-se a mulher sensual e calcando aos pés os preconceitos sociais e morais, a fidelidade conjugal, não só o doente a que aludimos [para quem ela escrevia cartas no hospital Dr. Eiras, onde estava], mas todos os empregados que caíam-lhe sobre as vistas, eram alvos das idéias libidinosas que fervilhavam naquele cérebro.* (Maia, 1896:95)

A expressão da sensualidade e o repúdio às normas sociais, especialmente a fidelidade conjugal, caracterizavam a doença dessa mulher e justificavam a sua reclusão.

Em 1900, Josephino Satyro de Santa Rosa apresentava uma tese que delimitava a influência das desordens menstruais nas psicoses e nevroses. Como em outros trabalhos desse tipo, Santa Rosa trata da puberdade como a fase na qual aparecem as diferenças entre os sexos, expressas singularmente na menstruação. A menstruação é definida como a hemorragia mensal que coincide com a ruptura de um folículo e a conseqüente queda do óvulo, que produz uma série de modificações no caráter das mulheres. Enquanto algumas tornam-se irascíveis, irritáveis, impertinentes, outras tornam-se amorosas, meigas e afáveis. O que ninguém duvida é que a menstruação está nos limites entre a saúde e a patologia. Está fora de questão que há uma relação de causa e efeito entre a função catamenial e as diversas manifestações nervosas e psíquicas que apresenta a mulher neste período. Por ocasião da menstruação, todos os sentidos podem ser perturbados ou mesmo abolidos. Dito isso, recorrendo a Ball, o autor sentencia:

> *Encarando a simpatia que os órgãos reprodutores exercem sobre o estado nevro-psíquico da mulher, pensamos como Ball que tal é o império, tão acentuadas as manifestações que os órgãos genésicos exercitam sobre toda a organização feminina, que na vida da mulher bem se pode distinguir três fases:* antes, durante e depois do período das funções genitais. (Santa Rosa, 1900:55. Grifo do autor.)

Um capítulo inteiro da tese é dedicado às desordens menstruais nas psicoses. Entre tais perturbações, Santa Rosa classifica a mania aguda, a melancolia, a erotomania, a ninfomania, a cleptomania, a dipsomania, o delírio religioso e as impulsões homicidas e suicidas. Vejamos a definição de erotomania:

É uma afecção essencialmente diferente da mania aguda com erotismo. *Nesta, as idéias lascivas apresentam-se como uma complicação, um fenômeno acidental e transitório, ao passo que na erotomania, elas constituem o sintoma principal e característico. Na erotomania, o aparelho sexual é a sede de uma superexcitação, ao mesmo que observamos outros sinais. Essa excitação genital conduz a mulher ao hábito do onanismo, que agrava singularmente o seu delírio, e se não puder ser reprimido, não tardará a determinar uma agitação considerável, ou um estado de prostração, bem próximo à demência. A masturbação, ou limita-se às épocas catameniais, acompanhando o orgasmo venéreo, ou torna-se, ao cabo de algum tempo, um hábito diário, abusado com enorme prejuízo sobretudo pelas pobres de espírito, as idiotas e as imbecis.*
A excitação sexual pode chegar até a afecção denominada – ninfomania*, cujos sinais particulares passamos a expor sucintamente. A ninfomania deve ser considerada como constituindo o grau mais elevado da erotomania, e se caracteriza pela excitação poderosa e irresistível do apetite genésico. Esta afecção depende essencialmente de uma modificação mórbida do cérebro, e a satisfação do ato genital é absolutamente incapaz de trazer, sob este ponto de vista, o menor alívio.* (Santa Rosa, 1900:65-66. Grifos do autor.)

É possível constatar que há uma gradação da intensidade dessas perturbações, sendo a ninfomania uma etapa mais grave da erotomania.[26] Nesta última, observa-se que o cérebro sofre uma modificação mórbida. A masturbação, a busca do prazer completamente deslocado da geração, é a principal manifestação desses males, que são apresentados em oposição ao amor puro, benéfico:

É o amor puro, livre de qualquer lesão física, é o amor intelectual que coincide com um período de eflorescência vital.
Sua pureza repele com indignação os gozos carnais. Ele diferencia-se nitidamente do vício ninfomaníaco, que não é mais do que uma excitação genésica podendo, por sua violência, provocar perturbações psíquicas graves. Como sinais distintivos desta última afecção encontramos: a tumefação, a congestão habitual dos órgãos genitais, a circulação geral é de ordinário ativada; o pulso cheio e resistente, a face vermelha, animada, o olhar lascivo, os olhos injetados, brilhantes. (Santa Rosa, 1900:66)

De acordo com a gravidade do caso, a mulher perde a consciência e chega mesmo a desconsiderar as pessoas que a rodeiam e a própria sociedade:

Em um grau inferior da sua moléstia, a mulher conserva ainda a consciência de sua penosa situação; porém, sua vontade é impotente para dominar as insuperáveis impulsões que a atormentam; mais tarde, esse próprio sentimento se lhe escapa, e entrega-se ela, sem comedimento e sem pudor aos instintos lascivos: são então ataques diretos, provocações formais, sem consideração das pessoas que a cercam, de idade, nem da sociedade.

A mulher testemunha, com a variedade de gestos, os desejos ardentes que a consomem: grita, descobre-se, não cessa de entregar-se aos atos mais indecorosos, imorais e torpes. (Santa Rosa, 1900:66)

O autor ainda acrescenta que erotomania e ninfomania estão freqüentemente associadas. Em geral, a primeira desencadeia a segunda, especialmente quando as pacientes são levadas a um hospital e lá permanecem reclusas. A impossibilidade de realização do seu 'instinto desvairado' faz com que se entreguem à ninfomania.

É interessante que, nesse sentido, a masturbação, que caracteriza a ninfomania, parece ser mais grave que o ato sexual exagerado e ilícito, que definiria a erotomania. Ou seja, pior do que desejar ter relações sexuais intensamente e com vários homens é a busca do prazer erótico solitário e independente. Esse tipo de perturbação, do ponto de vista dos médicos, parece levar a mulher afetada em um estado muito mais próximo da loucura. Romper com a equação sexo-reprodução torna-se mais grave quando implica também eliminar a necessidade do sexo oposto para a realização dos desejos sexuais. Nesse momento, já não se está mais falando de desejo como manifestação do instinto sexual natural, imputado pela natureza visando à procriação da espécie, mas sim de uma doença sexual-mental.

No caso da erotomania, há uma disfunção séria na adequação do desejo aos fins da procriação. E o problema parece ser mais de falta de controle, de intensidade excessiva. Mas, em se tratando da ninfomania, o pecado está na natureza do próprio ato. Os médicos não conseguem achar sentido ou razão nessa prática solitária.

As origens dessas perturbações são, então, procuradas em causas orgânicas. Mais uma vez, a menstruação é evocada. A chegada ou a supressão, principalmente se ocorrer de maneira brusca, das regras são definidas como os momentos propícios para a instauração deste tipo de moléstias.

No caso de delírio religioso, a falta de sentido dos hábitos femininos, expressa anteriormente para a ninfomania, adquire mais uma conotação. Trata-se da entrega à devoção religiosa, que acaba provocando o abandono das obrigações ordinárias da mulher. No trecho que se segue, vemos que as mulheres tornam-se incapazes para o trabalho, o que significa o cumprimento das obrigações domésticas. Elas passam a se dedicar à religião, e deixam a família de lado. A segunda fase da doença se caracteriza pelo aparecimento de uma excitação sexual associada a idéias místicas. Ao que parece, o que está em jogo aqui é uma certa repressão ao predomínio da Igreja sobre a família, talvez mesmo do padre sobre o marido, expressa na concepção de um tipo específico de psicose. Vejamos as afirmações e o encadeamento de idéias que Santa Rosa faz quanto ao delírio religioso:

> *Perturbações diversas do sistema nervoso às vezes reúnem-se aos primeiros sintomas deste estado vesânico. Porém, o que caracteriza essencialmente o primeiro período da moléstia é a profunda incapacidade para o trabalho ligada a uma inquieta atividade. As doentes freqüentam com assiduidade os exercícios religiosos, devoram os livros de piedade, entram em meditações profundas, e, como conseqüência inevitável, esquecem e desprezam suas obrigações, sua família. Aparecem então os sinais de uma excitação sexual que se manifesta de preferência na época menstrual; e o que sobressai de mais interessante e curioso é o consórcio entre a erotomania e as idéias místicas as mais exaltadas. Donde as convicções de muitas extáticas, que, a cada passo referem-se já à sua união com seres divinais, já às relações com o demônio.*

Mais de uma religiosa tem escolhido Jesus para seu amante, e o papel deste divino personagem nem sempre é tão puramente imaterial como se poderia pensar. (Santa Rosa, 1900:71)

A condenação à prática religiosa excessiva ou mesmo o alerta quanto às influências nefastas que a religião pode provocar nas mulheres, seres especialmente frágeis, não se resume ao diagnóstico do delírio religioso. O número de exemplos em que os médicos se preocupam em protestar contra os perigos da religião sob diversas formas leva a crer que estavam em plena cruzada pelo monopólio ou predomínio do pensamento médico na definição dos padrões morais e de comportamento familiar, que sofriam transformações mais acentuadas no final do século XIX.

Era bastante comum o ataque dos médicos também à vida das religiosas. O argumento vinha do próprio sistema médico de patologização do corpo feminino baseada na menstruação. As religiosas eram descritas como mulheres ainda mais sujeitas a perturbações, por adotarem um estilo de vida que não era natural. Reclusas, afastadas do contato com os homens, eram 'menos abundantemente regradas' e tinham 'freqüentes irregularidades menstruais'. Nada mais normal do que as doenças daí decorrentes. Essas mulheres não eram produtivas do ponto de vista dos médicos, que raciocinavam com base na concepção de que a mulher servia para gerar filhos e cuidar da família (Santa Rosa, 1900).

Não se pode esquecer que os médicos estavam também preocupados com o predomínio da educação religiosa feminina. As reprimendas aos colégios dirigidos por ordens femininas eram constantes. Este tipo de educação, na opinião dos médicos, perturbava ainda mais as meninas, especialmente na delicada fase da puberdade:

Por isso, pensamos que a educação religiosa deve ser transmitida com parcimônia de acordo com a índole, inclinações, temperamento e outras qualidades inerentes a cada jovem, e não ministrada em conventos e colégios de irmãs de caridade, como soe dar-se entre nós, onde essas senhoras, envolvendo em um mistério e um escrúpulo exagerados, atributos peculiares ao seu sexo, esquecem que o ser feminino, em tão tenra idade, necessita de todos os esforços tendentes a robustecerem o físico, deixando que os sentimentos morais dormitem ou quando muito marchem a passos lentos.

Assim, com um zelo ardente e irrefletido, alarmam facilmente a imaginação e a consciência púbere, obrigando-a ao cultivo em excesso de idéias religiosas, penitências, comunhões e estudos que só podem concorrer a prejuízos futuros. Um ensinamento imprudente, a eloqüência pouco refletida e pouco prática de um pregador contribuem em muitas circunstâncias a perturbar as funções cerebrais e menstruais. (Santa Rosa, 1900:13)

Outras desordens identificadas por Santa Rosa estão no plano das nevroses. Entre estas, destacam-se a histeria, a epilepsia, a neurastenia e a coréia. A histeria é apresentada como a mais freqüente das moléstias femininas e definida como uma nevrose caracterizada por perturbações permanentes da inteligência, da sensibilidade e da motilidade. Segundo o autor, essas perturbações "se podem chamar 'estigmas' em virtude de seu caráter indelével; elas formam por seu conjunto uma base comum, o estado geral histérico, sobre o qual se destacam manifestações ruidosas e temporárias, ou paroxismos" (Santa Rosa, 1900:80. Grifo do autor.).

O autor acrescenta que é incontestável a influência da menstruação na histeria. A supressão brusca das regras, em particular, e as conseqüentes perturbações que este evento imprime a todo o sistema nervoso constituem uma causa certa da histeria. Para corroborar essa idéia, Santa Rosa recorre à observação de M. I. R., uma moça de 15 anos, branca, brasileira, solteira, internada em 26 de dezembro de 1899.[27] O histórico diz que ela teve a sua primeira menstruação aos 11 anos e sempre teve o fluxo normal até o momento em que, após ter contraído sarampão, passou por um grande susto. Sofreu então uma amenorréia (ausência de menstruação) e, 15 dias depois, apareceu uma crise histérica. Não se alimentou e nem dormiu mais. O autor descreve o período de internação da paciente, assim como sua conclusão sobre a relação entre menstruação e perturbações nervosas, da seguinte forma:

> *Além dos sintomas próprios da histeria, esta doente ainda entrou no estabelecimento em pleno delírio de perseguição, dizendo chamar-se-lhe –* jacobina *– , o que não podia suceder, pois, que o seu pai era português. Estas idéias continuaram a persistir com grande excitação até 25 de janeiro de 1900. Dessa data em diante começou a dormir bem, persistindo ainda a agitação. No dia 11 de fevereiro, reapareceu o fluxo menstrual, embora muito diminuto. A 10 de março foi a doente novamente menstruada, e agora normalmente. Iniciam-se as melhoras. A 22 pede alta.*
> *Esta interessante observação parece, indubitavelmente, comportar o diagnóstico de* histeria, *aliada a excitação maníaca, explodindo-se em seguida a uma amenorréia, em uma moça nervosa.*
> *A coincidência das melhoras, e talvez o restabelecimento completo da doente, após o reaparecimento do catamênio, demonstram a relação de causa e efeito, que ligava a desordem uterina às perturbações nervosas.* (Santa Rosa, 1900:82. Grifo do autor.)

Santa Rosa ainda relaciona a epilepsia, a neurastenia e a coréia às desordens menstruais. Conclui a tese dizendo que além desses desarranjos no fluxo catamenial, a predisposição também é importante na gênese de tais males. Quanto à cura, a única certeza que tem é que a retomada do seu ritmo normal depende da função menstrual (Santa Rosa, 1900).

A histeria, durante todo o período estudado, aparece sempre em destaque como uma das principais doenças que afetam especialmente as mulheres.[28] Sua história é bastante antiga, e nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,[29] encontram-se referências já da década de 1830.[30] O trabalho de Rodrigo José Mauricio Junior (1838) exemplifica as concepções médicas sobre a doença nessa época. O principal dilema dizia respeito à sede da histeria. Enquanto alguns autores afirmavam que a sede era o cérebro, outros a localizavam no útero. Mauricio Junior é partidário da opinião que destaca o útero, e dessa forma também corrobora a idéia de que a histeria é uma doença exclusivamente feminina. Contudo, os acidentes que caraterizam a histeria se manifestam por todo o organismo em função das simpatias desse órgão com toda a economia da mulher. Quanto aos sintomas, o autor esclarece:

> *Impressão surda e movimento obscuro na madre, sentimento de um bolo, ou, globo que do hipogastrio se eleva por oscilações através do abdome, e do tórax até o pescoço, onde sobrevêm uma violenta constricção, e estrangulamento, que*

> *algumas vezes faz temer a sufocação: a isto é que os antigos chamavam ascensão do útero; e o que os modernos consideram como um estado de espasmo. (...) Muitas vezes no fim destes ataques as partes genitais são umedecidas.* (Mauricio Junior, 1838:8)

Pode haver também a perda dos sentidos e do entendimento, bocejos, rangidos dos dentes, movimentos convulsivos da face, dos lábios, sons, gritos e soluços. E além disso:

> *O semblante destas doentes rapidamente muda de aspecto, ora apresentam-se alegres, ora tristes; umas vezes tranqüilas, outras aterradas: neste estado algumas falam sensatamente, apresentam observações delicadas e judiciosas; porém repentinamente despropositam; apresentam-se-lhes fantasmas, desconhecem e alternativamente conhecem suas amigas, e parentas. A maior parte, entregues ao furor de seus acessos, exclusivamente distinguem pelo tato, apesar de não verem, e nem ouvirem, a mão do homem, daquela da mulher; desprezam a última, e com força, e prazer apertam sobre o estômago, ou hipogastrio a do homem. Entre estas doentes existe uma viva sensibilidade tanto no físico, como no moral, uma disposição às carícias, desejo de coito, excesso de alegria, ou de efusão de lágrimas: receiam contrações peníveis no útero, desuria, e mesmo estranguria.* (Mauricio Junior, 1838:9)

O desejo sexual, que muitas vezes leva à masturbação e à fadiga dos órgãos genitais, aparece como uma característica fundamental das histéricas. Diante disso, nada mais adequado do que a recomendação do casamento, ao lado de um regime adequado, como um meio de prevenir e curar essa doença:

> *Quando o fluxo menstrual é manifesto, regular, e a constituição da jovem desenvolvida, é mister ter em consideração a necessidade de sua idade, e, se imperiosamente o casamento parece ser o desejo ardente, ou antes a necessidade da enferma, este seja aconselhado, pois que será a garantia mais segura contra a invasão desta nevrose. Para impedir a volta dos acessos é necessário afastar a causa, que os faz produzir; demais se deve aconselhar a estes doentes uma vida ativa, e regular, um bom regime, vestido de flanela; o uso de uma temperatura doce, e agradável, e evitar os resfriamentos, e os desarranjos na transpiração, e das outras secreções. Também é dever do médico prevenir as causas morais donde derivam ordinariamente os paroxismos.* (Mauricio Junior, 1838:21)

A tese de Rodrigo José Gonçalves, de 1846, discordava de Mauricio Junior quanto à sede da histeria. Para Gonçalves, a sede da histeria não estava em nenhum órgão específico mas sim no tecido nervoso espalhado por todo o corpo. O útero até pode ser o ponto de partida mais freqüente, mas é através dos nervos que a histeria se espalha. Este autor admitia que os homens poderiam ser também atingidos por esse mal, embora com uma freqüência bem menor do que as mulheres, naturalmente mais predispostas. E quanto ao tratamento, como se está considerando-a uma afecção do sistema nervoso, a histeria exige a administração de calmantes físicos, morais e intelectuais, o que pode ser resumido no controle de todos os tipos de excessos e em uma perfeita educação. O casamento, na opinião deste autor, deve ser prescrito com cuidado, pois, se cura em alguns casos, também pode ser prejudicial em outros.

Se dermos um salto e passarmos para as teses do final do século XIX, notaremos algumas modificações significativas no tratamento da histeria. A natureza da loucura histérica é discutida com mais profundidade. Mas, especialmente, ganha destaque o problema das conseqüências da histeria para a sociedade. Ou seja, os médicos passam a se preocupar com os prejuízos sofridos pela sociedade, pela família e por pais e maridos em virtude dos ataques histéricos das mulheres. É nesse contexto que o tema da responsabilidade legal das histéricas torna-se preeminente. É disso que trata a tese de Luiz Carlos de Avellar Andrade (1888).

Andrade apresenta a histeria de uma forma distinta da registrada por seus predecessores, mas permanece seu caráter amplo e indefinido:

> *A histeria, até esta data e na expressão fugaz da ciência, é uma nevrose completa, capaz de modificar de um modo claro e muitas vezes inexplicável, as funções de todos os órgãos que formam o conjunto individual, dependendo do equilíbrio instável do sistema nervoso, e apresentando modalidades clínicas as mais variadas e dispostas em uma série gradativa que torna difícil, senão impossível, a separação de duas individualidades próximas.* (Andrade, 1888:9)

Quanto aos sintomas que apresenta uma histérica, temos as perturbações dos sentimentos, incapacidade ou má disposição para exercer a vontade, ilusões, alucinações, desilusões, choro e gargalhadas, além de uma acuidade extrema de inteligência, vivacidade de linguagem e raciocínio que ultrapassam os limites das faculdades ordinárias. No que se refere aos fenômenos propriamente físicos, há perturbações da sensibilidade, da mobilidade e viscerais. Algumas das descrições de tipos de acessos histéricos feitas pelo autor são bastante interessantes. Personagens como Santa Tereza, Santa Isabel, Santa Brígida, Santa Catarina e Joana d'Arc são identificadas como nada mais do que tristes vítimas da histeria, manifestada nos sentimentos místicos de uma exagerada religiosidade.[31] Um outro tipo de histeria está associada à ninfomania ou à perversão das tendências eróticas, bastante comum na menopausa:

> *Então a ninfomania apresenta-se com todo o seu exército de inconveniências, acarretando o desrespeito à moralidade pública, ou a simulação de moléstias dos órgãos genito-urinários, a fim de obter o cateterismo da uretra, ou o tocar vaginal, ou a introdução de um espéculo, no intuito único e voluptuoso de se ocupar alguém daquela genital superatividade.* (Andrade, 1888:26)

Esse trecho evidencia o perigo da ninfomania para a moralidade pública, e especialmente caracteriza as mulheres como capazes de farsas na busca da satisfação do desejo sexual. A simulação de doenças para conseguir algum tipo de contato ou estimulação dos genitais parece ser uma estratégia extremamente impressionante para os médicos. As observações nesse sentido nos permitem refletir sobre a preocupação dos médicos com a capacidade de dissimulação feminina e sobre o tipo de artifícios que, na opinião deles, uma mulher poderia empregar para satisfazer seus impulsos. Mas, particularmente, indicam como os médicos, em especial os ginecologistas, pareciam temer cair em armadilhas femininas e compactuar com a insanidade e imoralidade de muitas doentes.

A amplitude do leque de fenômenos que podem ilustrar a histeria é bastante grande. Nessa época, parece que quase todas as atitudes femininas são passíveis de enquadramento no diagnóstico da histeria. Esta indefinição de fronteiras obriga os próprios médicos a fazer tentativas de classificação das modalidades e das manifestações possíveis. Andrade (1888:48) propõe o seguinte quadro:

Quadro 1 – Modalidades e manifestações da histeria

Modalidades Clínicas	Manifestações Mentais
1ª – Histeria sem ataques – riso, choro, soluço, bocejo, irritabilidade fácil etc.	1º grau – ligeiras modificações das faculdades afetiva – caráter mais ou menos profundamente alterado.
2ª – Pequena histeria – ataques simples, os fenômenos da primeira modalidade mais pronunciados etc.	2º grau – modificações profundas das faculdades afetivas – caráter profundamente alterado, falta de energia para os requisitos da vida, vontade pervertida etc.
3ª – Grande histeria, histeroepilepsia, histeria grave – além dos fenômenos apresentados na 2ª modalidade que são aqui mais patentes, os ataques são complexos e com fenômenos catalépticos, letárgicos, sonambúlicos etc.	3º grau – todos os fenômenos do 1º e 2º graus – mais pronunciados – todas as faculdades mais ou menos comprometidas, sentimentos depravados, debilidade moral, razão viciada etc.
	4º grau – loucura histérica – os fenômenos do 3º grau tornam-se mais profundos e graves, podendo ir à demência.

O tipo de recorte apresentado no quadro permite entender como é apresentada a questão da responsabilidade legal. Se a histeria pode implicar desde ligeiras modificações das faculdades até a demência, é preciso refletir sobre a capacidade mental das mulheres afetadas por esta doença e estabelecer como as suas atitudes devem ser julgadas. Nesse momento já se nota a explícita influência de Lombroso, especialmente no que diz respeito à aproximação entre criminalidade e loucura (Andrade, 1888).[32]

Andrade parte do princípio de que as histéricas são moralmente irresponsáveis, o que infelizmente, segundo ele, ainda não havia sido reconhecido pela sociedade e expresso no Código Penal. A histérica tem a harmonia dos sentimentos morais desfeita em conseqüência de fenômenos mórbidos. Se o seu caráter é pervertido em função disso e se a ordem das sensações se perturba, é porque há um desequilíbrio mental. Ou seja, a histérica é, ou está muito próxima de ser, uma alienada. Para o autor, isso equivale a dizer que ela é uma degenerada psíquica, já que a integridade das suas faculdades se afasta da perfeita normalidade (Andrade, 1888). Seu estado se deve a um vício adquirido por influência do meio e da educação. No Rio de Janeiro em particular, o modo de vida, os bailes, os teatros e tudo quanto deles se aproximava constituíam uma esplêndida escola de educação histérica.

Se a histérica pratica os atos nefastos em função de uma má educação e se não tem consciência deles, quem deve ser punido é o responsável pela sua educação. No caso da doente, o crime ou delito cometido deve ser punido combatendo-se a perversão, curando-se o estado mórbido com um tratamento enérgico. A profilaxia do crime está nas mãos da sociedade, que tem como missão a manutenção das histéricas sob tutela. Quanto ao casamento, Andrade é bastante prudente e diz que não é aconselhável em todos os casos. Além disso, está preocupado com as dificuldades que o futuro marido poderá enfrentar. O médico, pessoalmente, prefere abster-se de recomendar o casamento no caso de histéricas, pois teria de arcar com "a responsabilidade da condenação de um homem, muitas vezes a uma vida de tormentos e de desgraças" (Andrade, 1888:90). A solução para os casos de histeria parece ser a reclusão.

O autor conclui a tese defendendo a criação de asilos e patronatos para o isolamento das histéricas e a formação de comissões médicas para guardá-las. No caso das criminosas, devem ser julgadas não pelo juiz ou por um júri comum, mas por uma comissão médica especial. A edificação de penitenciárias anexas aos asilos é o recomendado para o tratamento dessas histéricas, que, restabelecidas, poderão ser postas em liberdade (Andrade, 1888).[33]

A questão da responsabilização das mulheres com diagnóstico de perturbações mentais adquire traços mais dramáticos quando se trata da loucura puerperal. Neste caso, a mulher está sujeita a cometer delitos, em particular o infanticídio, que atentam contra a sua função natural de reprodutora e contra as expectativas da sociedade em relação a indivíduo que deveria se desenvolver.

Já na primeira metade do século XIX temos trabalhos que tratam de como a gravidez e o parto perturbam a saúde física e mental da mulher, hipótese central na definição da chamada loucura, insânia ou psicose puerperal. No ano de 1840, Candido Brandão de Souza Barros, na sua tese sobre as simpatias do útero, alertava para os fenômenos que começavam a se manifestar logo após a concepção, como o desejo de comidas estranhas e os acessos de histeria e convulsão. Nas mulheres grávidas, os sentidos podem se tornar mais desenvolvidos, pervertidos ou mesmo serem abolidos. A inteligência fica mais fraca, o juízo, menos seguro, e a mulher inclina-se à tristeza, ao ciúme, ao ódio e à crueldade. Resumindo tudo isso, diz o autor:

> *As simpatias com o cérebro são evidentes. Não vemos nós em muitos casos mulheres grávidas perderem a memória, terem a imaginação mais viva, ou menos inteligência, apresentarem alguns sintomas de raiva, quererem morder certas pessoas, a quem eram afeiçoadas, cometerem um homicídio, tornarem-se loucas, maníacas, ladras, etc.?* (Barros, 1840:8)

É a partir desse tipo de constatação que se gera um domínio na fronteira entre a medicina legal e a ginecologia e obstetrícia preocupado com os crimes ou delitos associados à gravidez e ao parto. Muitos autores se perguntam sobre as razões que pressionam uma mulher destinada a ser mãe a cometer atrocidades, especialmente contra os seus próprios filhos. Luiz Corrêa de Azevedo Junior (1852:3) ilustra este ponto:

> *A mulher, cuja organização se presta tão admiravelmente ao amor maternal, ao instinto da conservação da sua prole, também pode ser como os demais*

homens, a monstruosa infanticida, a mentirosa desavergonhada e a egoísta que com subterfúgios busca espoliar ou condenar ao imerecido opróbrio.

Parece haver uma verdadeira luta entre o instinto materno e o egoísmo de mulheres e homens. Para o autor, isso só pode ser explicado em função dos desvirtuamentos da ordem natural advindos com o avanço da civilização. Seduzida pela vaidade, a mulher abandonou a conduta prescrita, esqueceu seus atributos naturais e sua missão mais importante:

A corrupção minou os ânimos; e a mulher, levada para o turbilhão dos festins arrebatadores da sociedade, visão íntima, que o imaginar febril lhe convertia em entidade sensível, aí tendo os olhos e a alma fitos, embriagou-se nessa louca ausência de reflexão a achou mais leve a existência cercada de ouro e brilhantes do que alimentada por aturado estudo de si mesma e de sua predestinação. (Azevedo Junior, 1852:5-6)

Corrompida, a mulher é capaz dos atos insanos os mais variados. Diante desse fato, Azevedo Junior advoga que o médico tem a missão de tentar explicar e propor saídas para essas atitudes femininas antinaturais.

Assim como para o caso da histeria e outras perturbações, essas referências são demasiado rápidas. São temas que merecem tratamentos muito mais aprofundados. Mas, elas são suficientes para nos mostrar a intensidade e a gravidade com que esse tipo de desordens associadas às mulheres era percebido pelos médicos. É importante lembrar como o tema da mulher que abandona as suas obrigações de formação e cuidados da família em virtude de possíveis perversões do seu 'caráter' ou do seu 'instinto' é uma constante. É considerando esta hipótese em relação aos 'males' que afetam as mulheres que os médicos proporão determinadas formas de intervenção. Veremos a seguir como os 'tratamentos' podem consistir desde soluções cirúrgicas até o afastamento, por meio da reclusão, das perigosas e nefastas influências da 'civilização', aqui entendida como a propagação de idéias e costumes em favor da emancipação das mulheres.

Os Tratamentos

Freqüentemente, problemas como a histeria e outras perturbações mentais ligadas aos órgãos sexuais levavam os médicos a pensar em soluções cirúrgicas como a castração e a cliteridectomia. Quanto a esta última, não se encontraram referências sobre sua prática com tal fim. A única notícia de sua realização pelos médicos brasileiros da época é o artigo de Victor de Amaral publicado no *Brazil-Medico*, em 1892. Nele, o médico de Curitiba relata o caso de Joanna Maria de Jesus, uma ex-escrava com 18 anos de idade, internada no Hospital da Misericórdia daquela cidade. A moça tinha uma "constituição fraca" e "inteligência obtusa". Examinada, constatou-se a presença de um tumor do tamanho de uma mão fechada entre os pequenos lábios. Na verdade, o médico descobriu que se tratava do clitóris, como apresentado no trecho a seguir:

As ninfas, em sua parte média e inferior, achavam-se também um pouco aumentadas de volume.

Os grandes lábios estavam normais.

E o clitóris? Que era feito dele? Foi em procura deste apêndice que chegamos ao diagnóstico de que o tumor, que apresentava a nossa doente, era constituído pelo clitóris enormemente hipertrofiado. Efetivamente, apesar de seu descomunal volume, reconhecia-se a forma habitual do clitóris, com seu prepúcio também hipertrofiado, arrastando nesse crescimento hiper-normal a parte superior dos pequenos lábios de cada lado. (Amaral, 1892:92)

Amaral se pergunta então sobre a causa de tal fenômeno: "Como se produziu esta hipertrofia? Seria por influência de uma causa traumática, de um atrito excessivo, de um excesso exagerado do coito?" (Amaral, 1892:92). É significativo que o excesso de coito seja logo sugerido. Na concepção desse médico, e talvez de outros, esse tipo de deformação poderia ser produzido pelo abuso do órgão sexual. O autor explica que, em função da falta de informações dadas pela cliente, já que esta era "inteiramente boçal e tola", nada pode concluir. Apenas observa que a paciente também sofria de uma vaginite crônica.

O tratamento começou com tônicos e o uso de injeções vaginais para terminar na amputação do clitóris depois de alguns dias. Antes da cirurgia, a doente foi fotografada. Depois de anestesiada com clorofórmio procedeu-se a excisão. No fim de um mês a doente obteve alta completamente curada. O clitóris, que pesava 190 gramas, foi remetido junto com a fotografia para a redação do *Brazil-Medico*.[34] O caso parece ser excepcional. Mas é interessante que a relação com o excesso sexual tenha sido explicitada. Embora sem outros dados sobre a prática da cliteridectomia no Brasil, é importante considerar que esta operação era freqüentemente lembrada, inclusive como meio de coibir a masturbação e o desejo sexual.

Contudo, a referência à prática da castração ovariana ou ovariotomia é bastante citada.[35] Esta cirurgia seria, a princípio, empregada para extirpar ovários doentes, tomados por quistos. Mas sua aplicação se tornou cada vez mais abrangente e passou a ser comum a menção a esse tipo de intervenção como recurso para curar definitivamente as perturbações mentais ligadas aos órgãos genitais.[36]

A ovariotomia começa a aparecer nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a partir de 1866. Nas décadas de 1870 e 1880 capta o maior número de interessados. E, posteriormente, só há uma referência no ano de 1895.[37] Nesse conjunto de teses não encontramos casos em que a ovariotomia fosse direta ou exclusivamente recomendada para pôr fim às desordens mentais. As teses sempre focalizam em primeiro plano a cura dos quistos ovarianos. Porém, em todas elas há sempre uma referência, mesmo que indireta, à relação com os problemas mentais. Na verdade, refletia-se no Brasil o imenso debate que ocorria na Europa e Estados Unidos a respeito dessa questão. O abuso desse tipo de cirurgia tinha provocado divisões mesmo entre os médicos e na redação de uma tese é normal que os doutorandos tomassem cuidado para não descontentar alguns de seus professores. O que se vê nas teses são tentativas de tratar o tema com

precaução, sempre aludindo à inconclusão do debate, o que leva a crer que as opiniões divergiam bastante.

O trabalho de José Rodrigues dos Santos Filho (1873) ressalta, por exemplo, que a ovariotomia foi alvo de um grande debate, tendo finalmente ocupado o seu legítimo posto a serviço da humanidade. Segundo ele, era uma das técnicas mais importantes do arsenal cirúrgico da época. Praticada desde o início do século, tinha proporcionado na Inglaterra a glória de muitos médicos a partir da década de 1840. Entre esses, os famosos Spencer Wells e Isaac Backer Brown. A França tinha historicamente se mostrado mais resistente. No Brasil, foi tentada pela primeira vez em 1839 e depois em 1865 pelo dr. Saboia, já com sucesso. Em 1870, Feijó Filho também praticara a operação de extirpação dos ovários. E, apesar de não fazer referências diretas à relação com as perturbações mentais, Santos menciona que a ovariotomia se originou na tentativa de um pai de querer coibir os desejos sexuais da filha por meio da castração. E, como já mencionado, um dos ingleses citados por ele, Isaac Backer Brown, esteve envolvido em uma extensa polêmica que teve como origem os abusos cometidos por meio da castração e da cliteridectomia visando a pôr fim aos excessos sexuais femininos.

A tese de Miguel Archanjo da Silva é mais explícita ao dizer que se empregava a ovariotomia para "coibir a sensualidade de certas mulheres debochadas" (1873:8). Afirma que esta cirurgia tinha levantado suspeitas entre médicos injustamente e agora recobrava o seu devido valor. Um dos problemas evocados era o alto índice de mortalidade que provocava e que na ocasião tinha diminuído bastante. Cita as estatísticas de Spencer Wells para provar tais resultados. Nas quinhentas ovariotomias praticadas pelo ginecologista inglês, a mortalidade tinha sido de 'apenas' 25,4%, número que Silva considerava bastante satisfatório.

Ao longo do tempo, a idéia da cura de perturbações mentais pela cirurgia vai ganhando respaldo e as teses começam a tratar da questão de forma mais aprofundada. Na passagem do século, esse tema estava na ordem do dia. A tese de Urbano Garcia, defendida em 1901, intitula-se *Da Intervenção Cirúrgico-Ginecológica em Alienação Mental*. Garcia afirma que esse era um dos assuntos mais palpitantes entre os médicos da sua época. Baseado em casos assistidos em vários hospitais, o autor afirmava que a intervenção cirúrgica seria o futuro da psiquiatria. Os dados do diretor do asilo de Londres, Hobbs, apresentados no congresso anual da Associação Médica Britânica, comprovariam os resultados positivos das intervenções. Em 80 casos, entre 30% e 37,5% das pacientes se restabeleceram, entre 18% e 22,5% melhoraram consideravelmente, entre 28% e 35% não sofreram nenhuma alteração e em apenas 4% ou 5% dos casos houve morte (Garcia, 1901). Para o autor, as operações davam bons resultados porque os órgãos reprodutivos atuam sobre a atividade do cérebro. Neste sentido, faz o seguinte comentário:

> *Assinalada desde muito tempo, a ação preponderante útero-ovariana sobre a vida mental, não nos é lícito duvidar que há um mecanismo complexo, um conjunto de atos reflexos, um conjunto de sensações múltiplas, uma elaboração cerebral inconsciente e, a sensibilidade física é um poderoso agente em que todos os fenômenos físicos como orgânicos, são intimamente ligados uns aos outros pelas relações de causalidade.* (Garcia, 1901:15)

A relação entre problemas ginecológicos e desordens mentais seria corroborada pelo fato de que a maior parte das alienadas teria lesões nos genitais. Na França, segundo Picqué e Febvre, 89% das loucas internadas no asilo Évrard sofriam de afecções ginecológicas. Na Casa de Saúde Dr. Eiras, onde o próprio Garcia era interno, a situação se repetia. O autor acrescenta que na maioria dos casos essas afecções precedem ou evoluem paralelamente à afecção mental. Garcia considerava como de fundamental importância que, na ocasião em que desse entrada no asilo, a paciente passasse por um exame completo, que detectasse essas possíveis lesões, especialmente as de natureza inflamatória. Feito o diagnóstico, a cirurgia seria o procedimento mais indicado. O autor aproveitava para lamentar que na Casa de Saúde Dr. Eiras o número de operadas ainda era pequeno. Ele relata os seis casos em que a cirurgia já tinha sido realizada (Garcia, 1901).

O relato desses casos ilustra melhor as concepções em questão. A primeira paciente, J. O. C. Z., brasileira, com 25 anos, casada, multípara, abusava do álcool, especialmente nas crises que tinha antes da menstruação. Confessou que era arrastada ao vício contra a própria vontade. Realizado o exame ginecológico, o dr. Furquim Werneck diagnosticou 'endometrite' e 'ectropion do colo'. Fez-se a raspagem e amputação do colo uterino. Seu estado mental melhorou e ela não retornou mais ao alcoolismo. Permaneceu no asilo entre setembro e dezembro de 1896.

O segundo caso é o de C. F., brasileira, também com 25 anos, solteira que deu entrada na Casa de Saúde em janeiro de 1899 apresentando irritabilidade exagerada, melancolia e estupor. Já internada, alternava crises de melancolia e excitação. As crises de excitação se davam em particular quando o interno, o próprio Garcia, se aproximava. O dr. Candido de Andrade realizou o exame e constatou um 'papiloma no grande lábio esquerdo'. A paciente foi operada em 23 de março e em outubro encontrava-se curada.

C. L. C., brasileira, casada, já tinha sido internada em duas ocasiões anteriores. Na primeira vez em que adoeceu ficou provada a influência das irregularidades menstruais. Em 1892 tinha tentado o suicídio, o que se repetiu em 1895. Em ambas as situações relatou irregularidades na menstruação. O dr. C. de Andrade, através do exame ginecológico, descobriu uma 'metrite e atrezia do colo uterino'. A operação se deu em janeiro de 1900 e a doente se restabeleceu.

O quarto relato é bastante interessante. M. J., brasileira, com 29 anos, branca, casada, multípara foi internada em maio de 1896 em função de se comportar de maneira inapropriada, mantendo relações sexuais fora do casamento com "três homens de classe baixa". Internada e sem poder sair, passou a sofrer de ninfomania e a lançar olhares libidinosos aos representantes do sexo oposto. O tratamento empregado foi uma curetagem uterina e, em setembro do mesmo ano, M. J. deixou a Casa de Saúde curada. Porém, mais tarde voltaram as perturbações e dessa vez ela foi internada no Hospício Nacional dos Alienados, onde veio a falecer.[38]

O caso seguinte se refere à F. M., brasileira, com 29 anos, casada. Em junho de 1895, após o nascimento do último filho, passou a ter idéias de perseguição e de suicídio, além de alucinações. Na verdade, tratava-se de uma paciente com 'endometrite crônica'. A cirurgia foi realizada e notou-se uma melhora física, mas os problemas mentais permaneceram.

O último relato é sobre B. M. M. L., brasileira, com 25 anos, casada, internada em janeiro de 1899. Os problemas tinham começado quando em abril de 1896, no período puerperal, ela sofreu um susto e passou a ter idéias de perseguição, recusando os remédios e as visitas médicas. Acreditava que estavam tentando envenená-la a mando do marido. Esse estado durou cerca de um ano e depois desapareceu subitamente, apenas restando uma desconfiança em relação aos vizinhos. No entanto, no ano seguinte a crise recomeçou:

> *Em setembro de 1898 foge de casa, toma um tílburi, embarca na Central com destino a São Paulo, fugindo a seus inimigos, sendo logrado o seu intento por intermédio da polícia numa estação intermediária.*
> *Removida para casa, foi impedida de sair. Daí em diante as idéias de perseguição se acentuaram, assim como ao lado destas, idéias de grandeza se pronunciaram e começou-se a notar uma certa decadência mental.*
> *Tinha alucinações visuais e auditivas; olhando fixamente via Escrich, Surcouf e outros personagens de romances e ouvia ordenarem coisas as mais esquisitas possíveis.*
> *Recolhida à Casa de Saúde do Dr. Eiras este estado se manteve, apesar de todos os esforços empregados.*
> *Feito o exame ginecológico pelo dr. Candido de Andrade, este diagnosticou: endometrite e ruptura do lábio posterior do colo uterino.*
> *Resolvida a operação, foi ela praticada em sete de janeiro de 1900, consistindo em uma raspagem do útero e taqueolorafia posterior. Cura operatória.*
> *Se bem que, após a operação, se notasse uma ligeira melhora no seu estado mental, contudo mais tarde o seu estado mental voltou ao estado anterior, mesmo porque, quando foi operada, já havia início de demência, cujo prognóstico, questão de tempo, é fatal.* (Garcia, 1901:49)

Pode-se concluir das descrições anteriores que se tratava de mulheres jovens que manifestavam condutas consideradas desviantes. Na opinião dos médicos, os comportamentos das pacientes caracterizavam problemas mentais e eram considerados suficientemente graves para justificar a reclusão. A lembrança dos antecedentes hereditários de cada uma, o que podia consistir nas mais variadas qualidades, contribuía para definir ou legitimar as decisões médicas. O mais impressionante é a facilidade com que é feita a associação entre problemas nos órgãos genitais e perturbações mentais. Garcia escreve como se fosse óbvia esta conexão e como se fosse mais natural ainda o recurso à cirurgia nos genitais como meio de pôr fim à alienação mental. E, além disso, a conclusão da tese revela que, na perspectiva do autor, os casos acima apontavam para a validade do argumento e para o sucesso do recurso empregado: "Do exposto se conclui que houve três curas, dois estados estacionários e uma reincidência, resultados esses animadores de novos empreendimentos." (Garcia, 1901:35).

Na mesma época em que Garcia defendeu a sua tese, já começava a aparecer outra faceta da questão da cirurgia e especialmente da extirpação dos genitais. Trata-se da discussão a respeito da importância da integridade desses órgãos para a saúde mental da mulher e para a manutenção do desejo sexual. O debate ocorrido em uma das sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (*Brazil-Medico*, 1901) demonstra como essas dúvidas se colocavam de maneira premente. Tudo começa

porque o dr. Vieira Souto apresenta na ocasião uma peça anatomopatológica do museu da Sociedade. Trata-se de um fibroma do útero, extirpado por ele em uma paciente na Casa de Saúde de São Sebastião. A doente sofria de constantes metrorragias e por isso decidiu-se pela ablação supravaginal do útero e de seus anexos. Vieira Souto traz o caso a público com o fim de acentuar o infundado receio que tinham algumas mulheres de perder o 'senso genésico' após a intervenção cirúrgica. Esse temor era bastante difundido e acabava se tornando um fato extremamente grave na medida em que essas mulheres só procuravam o cirurgião em caso de moléstias já muito adiantadas. O médico afirma ser preciso combater esse preconceito que estava sendo desmentido pelos dados. Na sua própria experiência, entre 24 ou 25 doentes nas quais praticou a castração útero-ovariana, sabia que duas pacientes conservaram intacto o seu 'senso genésico'.[39] E acrescenta que finalmente vê confirmada a sua observação a partir do trabalho de Jaonny Roux, intitulado *Psychologie de l'instincte Sexuel*, e de outros autores como Richet, Talbot, Havelock Ellis, Gloevecke, Jayle e Guinard. Sob a inspiração deste último sentencia que não existe nenhuma razão psicológica séria que definisse a castração como responsável pelo completo desaparecimento dos apetites sexuais e o impedimento absoluto da execução do ato venéreo.

Em seguida, o dr. Daniel de Almeida declara concordar com o orador precedente porque muitas das suas operadas, quando interrogadas a respeito, disseram não ter sofrido nenhuma alteração no tocante aos seus apetites sexuais. Já o dr. Moncorvo Filho pondera que é ao sistema nervoso que cabe a mais acentuada influência na perda ou não do senso genésico. Como conseqüência, o fenômeno deve variar de acordo com as condições de cada doente operada (*Brazil-Medico*, 1901). Este relato mostra que o assunto estava merecendo a atenção dos médicos e que não se tinha uma posição definitiva e absoluta. Nesse caso, a tendência parece ser a opinião de que a cirurgia não prejudicaria o desejo sexual. Mas Moncorvo Filho lembra a preponderância dos nervos. Está colocada a discussão em torno da sede do desejo sexual e da relação entre os genitais e as funções mentais. A tese de Garcia, defendida no mesmo ano, recomendava a cirurgia dos genitais como tratamento para a alienação mental, que tinha a exacerbação desse desejo como uma de suas possíveis manifestações.

Em 1904, podemos assistir a certa reviravolta nesse debate. A tese de Theodorico T. da Silva e Souza contribui de forma singular para compreendermos o que se passava. Esse autor escreve a primeira tese, segundo palavras dele mesmo, sobre o tema da insuficiência ovariana. Trata-se do conjunto de perturbações determinadas pela hipofunção da glândula ovárica (Souza, 1904). Souza traça um histórico da determinação desse quadro, iniciando em 1889 quando Brown Sequard apresentou à Sociedade de Biologia de Paris uma comunicação sobre a importância do líquido orquítico (testicular). O médico francês teria aplicado injeções desse líquido, de origem animal, em si mesmo e teve como resultado um franco processo de rejuvenescimento. Brown Sequard foi o primeiro a considerar os testículos e os ovários como glândulas de secreção interna e a supor que tais secreções têm influência sobre o sistema nervoso. Segundo Souza, desde meados da década de 1890 tinham surgido trabalhos interessantes que procuravam demonstrar a existência e a importância dessas substâncias (Souza, 1904).

A maioria desses trabalhos tinha se dedicado a provar que após uma ovariotomia, as mulheres sofreriam uma série de perturbações advindas da falta da secreção interna do ovário. Esse órgão passa então a ganhar importância considerando-se toda a economia do corpo feminino. Torna-se uma idéia comum e aceita que, além da secreção externa que é a produção dos óvulos, o ovário também é uma glândula de secreção interna. As cirurgias de extração passam a ser rediscutidas e desenvolve-se a idéia da reposição das secreções internas quando a operação já foi realizada ou é imprescindível, devido a uma lesão. O método utilizado é a 'opoterapia ovárica', ou seja, tratamento que prevê a reposição das substâncias produzidas pelo ovário. Os resultados positivos desse tratamento já teriam sido observados por alguns médicos, entre eles o eminente Jayle, que aplicou tal método em mulheres castradas (Souza, 1904).

Souza (1904) explica que uma extensa gama de problemas que acontecem na vida da mulher estaria relacionada ao ovário. Assim são esclarecidas as desordens físicas e mentais da puberdade. A secreção interna dos ovários atua nessas modificações que atravessam todo o organismo feminino nessa época da vida. Doenças, como a clorose por exemplo, agora são descritas a partir dessa nova concepção. Na menopausa, seria a falta dessa secreção a grande causa de todos os males e desequilíbrios. O mesmo aconteceria quando, por outras razões, se privasse a mulher dos ovários ainda na fase produtiva de sua existência. Quando os ovários são extraídos cirurgicamente, estabelece-se uma espécie de menopausa artificial e a mulher enfrenta o mesmo gênero de problemas que naquela fase da vida. A conseqüência mais destacada da castração se refere às perturbações mentais e à diminuição do desejo e do prazer durante o coito. Ou seja, está referendada aqui a conexão entre a castração, as desordens mentais e a falta do desejo. Só que desta vez, a explicação passa especificamente pela determinação da função das substâncias produzidas nos ovários.

O autor recorre a estatísticas para demonstrar como esses fatos já estariam devidamente provados. As experiências com animais também teriam corroborado a nova teoria. Souza (1904) transcreve tabelas referentes a experiências feitas na Europa (e repetidas no Brasil por ele próprio) com cadelas e coelhas. Em todos os casos, o método era de castração dos animais e depois ingestão das substâncias produzidas nos ovários. No que diz respeito às mulheres, o autor afirma que depois de diagnosticada a insuficiência ovariana, o tratamento deveria consistir em dois meios. O primeiro é um meio indireto. Trata-se da recomendação do casamento, ou do exercício das funções sexuais, como meio de provocar a estimulação e despertar as funções do ovário, caso eles ainda existam, mesmo que parcialmente. O segundo meio é o mais indicado e seguro e consiste na 'opoterapia ovárica', a partir da utilização de ovários animais. Essa terapia já contava com três opções oferecidas pela farmácia: os ovários crus, o líquido ovárico e o ovário dissecado, também chamado de 'ovarina'. O médico deveria escolher a melhor opção para cada caso e prescrever a ingestão periódica. Souza afirma que a ingestão dessas substâncias seria mesmo capaz de restabelecer a produção das regras. Como prova final da adequação do tratamento, Souza descreve dez observações referentes a casos de ovariotomia, às vezes aliada à histerectomia, em razão da presença de quistos ou outras lesões. Em todos os casos foi efetuado o tratamento com ovarina e as

pacientes teriam melhorado. Nesses casos, os sintomas que serviram para diagnosticar a insuficiência ovariana eram principalmente os vapores de calor, cefaléia, dores e insônia.

A insuficiência ovariana torna-se um tema recorrente a partir de então, pelo menos até a década de 1930.[40] Esse problema passa a ser enquadrado mediante o desenvolvimento de uma nova especialidade médica, a endocrinologia. Em 1917, a tese de Antonio Americano do Brazil, intitulada *A Doutrina Endocrinológica*, citava a importância do médico francês Brown Sequard, pioneiro destacado e polêmico, no progresso dessa disciplina. O texto já fala em órgãos endócrinos e em hormônios. O trabalho de Gabriel Duarte Ribeiro defendido em 1922 situa a insuficiência ovariana nesse contexto. Ribeiro afirma que se trata de um problema de insuficiência das glândulas endócrinas. Descreve com detalhes a anatomia e a fisiologia dos ovários. E apresenta de maneira mais refinada as conseqüências da castração. Explica como, após esse tipo de cirurgia, o útero sofre um processo de atrofia, da mesma forma que os órgãos genitais externos. As pacientes engordam muito e sofrem de modificações importantes no sistema nervoso. O autor acrescenta que a melhor solução para esses casos seria o enxerto ovariano, realizado a partir da extração de um ovário de mulheres sadias e sua implantação nas castradas. Porém, essa técnica teria o grande inconveniente da dificuldade em encontrar doadoras dispostas a ceder um ovário são.

Como o método do enxerto tinha inúmeros inconvenientes, a opção mais empregada parece ter sido mesmo a reposição dos hormônios faltantes a partir da administração de medicamentos. Esse fenômeno pode ser constatado quando analisamos as páginas da *Revista de Gynecologia e d'Ostetrícia* referentes à década de 1920, nas quais se destaca a venda de produtos com princípios hormonais. Percebe-se, então, que as descobertas científicas sobre os hormônios e funcionamento do ciclo menstrual fizeram com que os ovários se tornassem peças-chave na definição da natureza feminina.

Na verdade, desde as últimas décadas do século XIX, no auge da prática da ovariotomia, se debatia muito a importância desses órgãos para o bom funcionamento físico e mental da mulher, não só no Brasil, mas também na Europa e Estados Unidos. Ornella Moscucci (1996:134-164), traçando as linhas gerais desse debate, afirma que muitos médicos eram contra a ovariotomia porque ela implicava na esterilização da mulher, na perda do desejo sexual e na aquisição de características masculinas.[41] Essa dessexualização da mulher era percebida como uma ameaça ao casamento e à divisão sexual do trabalho, considerados os dois pilares de sustentação da sociedade e da nação. No caso da Inglaterra, contexto analisado pela autora, ao lado dos médicos que condenavam a ovariotomia estavam as feministas,[42] que acreditavam que a castração privaria a mulher de sua verdadeira essência e do cumprimento do seu destino como mãe e líder moral na sociedade.[43]

Novos argumentos científicos que condenam a ovariotomia viriam à tona no começo do século XX. Nesse momento, o ovário é convertido no órgão que condensa a feminilidade e capacita a mulher para a função reprodutiva. Sua presença se torna imprescindível e a castração passa para o segundo plano. De agora em diante, a apreciação da saúde da mulher e de sua própria identidade tem como referência os seus ovários. E as substâncias produzidas por esse órgão passam a ditar a diferença em relação ao homem e às secreções dos testículos. Se antes as mulheres castradas ou que estavam na menopausa

eram desvalorizadas em conseqüência da falta da capacidade reprodutiva, agora acrescenta-se a isto a falta das substâncias que definiriam as características sexuais da mulher. Pode-se dizer que entra em curso uma nova precisão a respeito da diferença, encampada pelas especialidades que se desenvolveriam no contexto das descobertas endocrinológicas.

Assiste-se assim a uma reafirmação da conexão entre comportamento feminino e órgãos reprodutivos, ou mais especificamente, perturbações mentais ou morais e problemas com os ovários. Mas acontece uma verdadeira inversão. Se anteriormente, até a passagem para o século XX, prevalecia uma idéia de excesso relativo à sexualidade feminina ou à própria concepção de feminilidade, tão marcadamente manifesta nos vários ciclos femininos, na nova etapa o que se destaca é uma imagem da falta, da chamada insuficiência ovariana que representaria uma carência ou ausência de feminilidade, expressa de várias formas, do desejo sexual à capacidade de procriar. Acompanhando esse movimento, os tratamentos propostos também se alteram. Em troca da extração dos ovários potencialmente perigosos, prega-se a reposição das substâncias por eles secretadas para que a mulher possa ter seu equilíbrio físico e mental recuperado, invertendo, dessa forma, a lógica do excesso a ser coibido para uma lógica da falta que precisa ser suprida.

Levando em conta o tipo de problemas tratados com os hormônios, percebe-se que mais uma vez estavam em cena perturbações que não eram restritas ou contidas nos corpos femininos, mas que indicavam desajustes no comportamento e, em um sentido mais amplo, desordens sociais. Os hormônios pareciam ser as novas substâncias capazes de devolver a feminilidade esperada às mulheres que tinham, por algum motivo, perdido esse caminho. Se o padrão de comportamento sexual, social, reprodutivo, estético, não se coadunava com o modelo de gênero esperado, a administração dos hormônios – as verdadeiras substâncias da feminilidade – poderia reconduzir as mulheres ao seu devido lugar.

Viu-se neste capítulo como no século XIX e início do XX a medicina trata as questões relativas à saúde e ao corpo femininos, não com base na preeminência da diferença sexual, mas também da definição de um amplo conjunto de perturbações. A linha geral de argumentação é uma quase redução das funções da mulher à maternidade e ao lar e uma ênfase nos perigos representados pelas tentativas de rompimento dessa equação. Esses perigos implicavam, sobretudo, na manifestação do desejo sexual 'desgovernado' ou 'descontrolado', o que significava quase sempre a prática da masturbação ou do ato sexual por prazer, desvinculando sexo e reprodução. Os médicos também repetem insistentemente que essas mulheres 'perturbadas' apresentavam como sintomas o desleixo no que diz respeito aos seus papéis sociais tradicionais, 'caindo' em comportamentos como o adultério e o desapego em relação aos filhos. Especialmente no que se refere à loucura puerperal e ao crime do infanticídio, essa parece ser a concepção predominante. As infanticidas, que tinham cometido um crime em virtude de uma perturbação relacionada ao parto e puerpério, prejudicavam a sociedade em que viviam na medida em que suprimiam a vida de um futuro cidadão. Na verdade, os médicos admitiam que todas essas mulheres eram doentes e a sede de suas doenças eram os genitais. Porém, possivelmente o mal maior acarretado não fosse

contra elas próprias, mas contra a sociedade em que viviam, por isso fossem merecedoras de tanta atenção e tutela por parte da medicina.

É preciso ainda lembrar que o fato de essas mulheres freqüentemente não serem 'acusadas' de comportamentos antissociais, mas definidas como 'doentes' ou 'vítimas' tira suas chances de serem percebidas como sujeitos de razão e de vontade, que poderiam estar expressando descontentamentos em relação à situação em que viviam e uma expectativa por mudanças. Não devemos esquecer que nesse período os movimentos emancipatórios femininos ganhavam projeção, paralelamente à entrada mais consistente da mulher no mercado de trabalho, de um acesso mais efetivo à educação e de uma tentativa mais enfática de controle da natalidade.

A seguir será visto como, em um acontecimento de ampla repercussão, essas concepções são acionadas. Ou seja, tudo o que foi apresentado até agora a partir da produção médica não representava tão-somente discursos unicamente acadêmicos ou abstratos, mas constituía de fato o conjunto de argumentos que orientava a intervenção prática dos médicos e estava por trás de importantes debates e casos concretos que aconteceram no período.

Notas

1 Uma ressalva importante deve ser feita no que se refere à recorrência de determinados temas. A análise da freqüência de maneira isolada e absoluta poderia ser bastante perigosa, na medida em que não se podem controlar todas as variáveis que teriam determinado o aumento do número de teses sobre um dado assunto em diferentes períodos. Em alguns casos, pode ser indicação da faculdade, dos professores, reflexo do estudo de uma obra inédita recém-chegada da Europa, ou mesmo plágio. Entretanto, o que pode ser considerado como um dado bastante significativo é, por exemplo, o fato de um tema estar sendo tratado pela primeira vez, com base em qual enfoque, e quando deixa de ser um tema recorrente. É somente com esse tipo de preocupação que se torna possível traçar relações entre cada assunto tratado. Ou seja, perceber em que medida temos a substituição de alguns assuntos de interesse por outros, ou então como o mesmo assunto passa a ser considerado de perspectivas distintas.

2 A ampla maioria é de teses de doutorado em medicina, mas constam também algumas teses de livre docência, cátedra e revalidação. Com raríssimas exceções, os títulos se referem a trabalhos defendidos na própria Faculdade. Pode-se supor que estejam incluídas todas as teses apresentadas nesta instituição. Mas é possível que existam algumas falhas, pois não se trata do registro oficial. Quando comparado com o acervo da Academia Nacional de Medicina, no qual as teses não estão indexadas, conclui-se que o catálogo é uma fonte bastante precisa, constituindo o melhor índice, atualmente acessível, das teses da Faculdade.

3 Entre 1858 e 1864, por exemplo, o aluno deveria dissertar não apenas sobre um tema, mas sim sobre três pontos correspondentes à divisão estabelecida entre ciências

médicas, ciências cirúrgicas e ciências acessórias.

4 As teses do ano de 1833 são referentes aos concursos para a recém-criada Faculdade. De acordo com Maia (1996), as primeiras teses defendidas por alunos na Faculdade de Medicina datam de 1834. O curso tinha a duração de seis anos, mas esses alunos já estudavam anteriormente na Academia Médico-Cirúrgica e por isso receberam o diploma no segundo ano de funcionamento da faculdade.

5 Sobre as reformas do ensino médico, particularmente nas décadas de 30 e 40 do século passado, ver Maia (1996).

6 É preciso esclarecer que essa classificação segue os objetivos da pesquisa e não uma divisão ortodoxa dos assuntos em relação às especialidades médicas. Serve apenas para dar uma idéia dos temas e do número de vezes que foram alvo de uma tese. A título de contraponto, pode-se recorrer à *Bibliografia Obstétrica Nacional* cotejada por Magalhães em 1922, que inclui 1.793 referências. Embora essa bibliografia se refira apenas à obstetrícia, é possível notar como é bastante diversificada e inclui temas que implicam também a discussão de questões sociais, como o aborto criminoso, as campanhas de aleitamento, a puericultura e a proteção e defesa da maternidade.

7 Na Tabela 2 não estão computadas todas as teses, mas apenas aquelas relativas às categorias que aparecem com maior freqüência, o que totaliza 1.373 referências.

8 Especialmente na primeira metade do século XIX, nota-se a existência de teses que tematizam a mulher como tal, evidenciando sua função reprodutiva e sua especificidade em relação ao homem. Há, por exemplo, os trabalhos *Mulher e Matrimônio Medicamente Considerados*, de Luiz V. d'Almeida Valle (1847), *O Físico e o Moral da Mulher nas Diferentes Fases da sua Vida*, de Antonio G. de L. Torres (1848), *Mulher em Geral: menstruação e suas causas*, de Affonso C. Lobato Junior (1855), *A Puberdade na Mulher*, de João C. de Andrade (1839), *A Higiene da Mulher Durante a Puberdade e o Aparecimento do Fluxo Catamenial*, de José T. de Mello (1841), e *Sobre a Menstruação, Precedida de Breves Considerações sobre a Mulher*, de José J. Firmino Junior (1840).

9 O ato de asilar mulheres motivado por comportamentos considerados desregrados, a partir de negociações entre médicos, maridos e familiares, é descrito no caso da Inglaterra por Walkowitz (1988) e na França por Matlock (1991). Médicos e maridos decidiam também outras formas de 'tratamento' para as doenças femininas sem consultar as próprias mulheres. São raros os documentos em que se tem o depoimento delas sobre esse tipo de evento. Epstein (1986) analisa o exemplo do relato que Fanny Burney faz sobre a mastectomia que sofreu, procedimento decidido pelo médico e pelo marido sem consultá-la e sem que ela soubesse do que se tratava.

10 Duarte (1986) também aponta, para o contexto das classes trabalhadoras urbanas, uma diferença na percepção da perturbação feminina – interna, privada e mais constante – como distinta da masculina – externa, pública e mais rara –, além de citar que o espaço público é percebido como perturbador para as mulheres, assim como o privado é para os homens.

11 Sobre a importância dos nervos e da configuração do 'nervoso', com uma descrição pormenorizada deste modelo, ver Duarte (1986:cap.3).

12 José T. de Mello (1841:10) vai no mesmo caminho, ao definir a puberdade como o momento em que "uma menina aproxima-se ao termo da perfeição necessária para poder gozar o respeitável nome de mãe".

13 Os estudos sobre o tema da menstruação têm mostrado o importante alcance simbólico deste fenômeno. A coletânea organizada por Buckley e Gottlieb (1988) traz uma série de exemplos nesse sentido. Além disso, na introdução do livro os autores chamam a atenção para alguns pontos importantes tais como o fato de a idéia de um tabu menstrual não ser generalizável e a problematização para a cultura ocidental da distinção entre concepções científicas e nativas sobre a menstruação.

14 Entre 1842 e 1859, temos 15 teses sobre a clorose. Ver, por exemplo: Fonseca Junior (1842), Figueiredo (1847), Metz (1859).

15 Alguns médicos, como o francês Brière de Boismont, chegam mesmo a propor que a cor dos cabelos tem influência sobre o aparecimento da menstruação (Silveira, 1855).

16 Russett (1995) aponta as mesmas características para a produção científica anglo-americana.

17 Essa discussão é bastante citada pelos autores que estudam a medicina sobre a mulher no século XIX pelo menos desde a década de 70, quando foi publicado o trabalho de Vern Bullough e Martha Voght (1973). Nesse artigo destaca-se a grande produção de teorias sobre a menstruação elaboradas pelos médicos norte-americanos no final do século XIX que incidiam sobre a impossibilidade natural de a mulher se dedicar aos estudos. Para os autores, esse argumento ganha impulso na medida em que os próprios médicos se vêem diretamente ameaçados pela reivindicação de entrada das mulheres nas faculdades de medicina e na profissão médica.

18 Localizei 24 títulos sobre o assunto nesse período: Andrade (1839), Brito (1840), Firmino Junior (1840), Mello (1841), Fausto (1846), Valle (1847), Torres (1848), Abreu (1855), Silveira (1855), Lobato Junior (1855), Lisboa (1856), Oliveira (1856), Camorim (1859), Abreu (1859), Avellar (1859), Masson (1859), Barros (1859), Costa (1859), Sarmento (1859), Andrade (1859), Gomes (1859), Aulicuro (1860), Amaral (1861), Mariot (1863).

19 A partir de 1890, os temas da puberdade e da menstruação voltam a interessar mais os médicos. Temos várias teses, artigos e livros sobre esses assuntos. Esses trabalhos se dedicam a redefinir as modificações causadas na mulher com a chegada do ciclo menstrual a partir de novas descobertas ou novas teorias centradas, por exemplo, em uma definição mais precisa tanto da relação entre menstruação e ovulação quanto da importância dos hormônios. Ver Barbosa (1891), Silva (1891), Maia (1896), Santa Rosa (1900), Leal Junior (1910), Leme Filho (1911), Castro (1912), Cabral (1913), Barbosa (1914), Quintella (1917), Adeodato (1918), Ferreira (1929), Moraes (1937[1924]) e Santos (1938).

20 Apenas foram catalogados os trabalhos de d'Almeida Junior (1898), Vaz (1910), Maciel (1913) e Rosemini (1929).

21 Martin (1992), trabalhando com manuais médicos, enfatiza que a função reprodutiva na mulher é muitas vezes associada metaforicamente com a fábrica, sendo a criança o seu principal produto. Nessa perspectiva, a menstruação é avaliada como uma falha no processo produtivo e a menopausa, como o momento em que a 'máquina' já não tem mais condições de funcionar. No material que analisei, essa correspondência não era tão preeminente quanto a percebida pela autora nos Estados Unidos, embora a valorização da 'produção' feminina seja muito semelhante.

22 O amor sensual em contraste com a sólida amizade que faria perdurar os casamentos é discutido já em 1836 por Manoel Ignacio de Figueiredo Jaime. Na tese denominada *As Paixões e Afetos da Alma em Geral e em Particular Sobre o Amor, Amizade, Gratidão e Amor à Pátria*, o autor considera as virtudes e os problemas decorridos do excesso ou da má administração das paixões pela razão.

23 As alegações do autor e a inclusão de citações das autoras fazem crer que os médicos, em alguma medida, prestavam atenção às vozes femininas que contestavam suas posições, mas desqualificavam-nas muito apressadamente, com base em seus pressupostos (Mauricio Sobrinho, 1911).

24 O autor fala também das conseqüências negativas que a continência traz para os homens. Cita entre as mais ordinárias o peso nas extremidades, as dores de cabeça, principalmente na parte posterior, que é congestionada, a tensão ou dores nos rins, a agitação, a tristeza, a diarréia, a dor, a tumefação dos testículos, a indisposição geral, a falta de apetite, as cólicas, os sonhos agitados e povoados de imagens lúbricas, o entorpecimento e a falta de estímulo para o trabalho, as poluções etc. (Mauricio Sobrinho, 1911).

25 Groneman (1994) afirma que no final do século XIX os médicos americanos e europeus apontavam os problemas menstruais como a principal causa de doenças como a ninfomania e a histeria.

26 Apesar de Santa Rosa não descrever os atos praticados na ninfomania, é bom lembrar que nessa época este termo se referia essencialmente à masturbação ou 'manualização das ninfas ou pequenos lábios'.

27 Os casos relatados por Santa Rosa referem-se à Casa de Saúde Dr. Eiras e ao Hospício Nacional dos Alienados.

28 Os trabalhos de Veith (1972) e Trillat (1986) recuperam a história da histeria desde a Antigüidade, com destaque para suas redefinições no século XIX e início do século XX. Nesse período, a histeria será disputada por ginecologistas, neurologistas, alienistas e psicanalistas. Uma referência mais rápida é feita por Alain Corbin (1991). Roy Porter (1987) trata da associação entre bruxaria e histeria, dentro de uma discussão mais geral sobre a mulher como doente por natureza. Sobre os discursos dos médicos franceses na época, ver Juramy (1986). Sobre a interface entre os discursos médicos e literatura, ver Goldstein (1991).

29 Ver: Mauricio Junior (1838), Gonçalves (1846), Pinheiro (1848), Cordeiro (1857), Soares (1874a e 1874b), Manso (1874), Oliveira (1876), Silveira (1878), Santos Junior (1878), Corrêa (1878), Figueira (1886), Andrade (1888), Brandi (1894), Paula (1899),

Jesus (1907), Silva (1914), Rabello (1914), Alvares (1915), Studart (1917), Silveira (1918), Brito (1919), Austragésilo Filho (1930).

30 Para um aprofundamento sobre a visão da histeria pelos médicos brasileiros, tomando como foco a psiquiatria, ver o trabalho de Magali Engel (1997).

31 A associação entre personagens místicas e histeria parece ter sido recorrente no final do século XIX. Jan Goldstein (1982) afirma que na França da III República era comum os anticlericais se utilizarem desse argumento para desqualificar os seus oponentes.

32 Sobre a discussão a respeito da responsabilidade penal, envolvendo raça, sexo e idade, ver Corrêa (1998).

33 Para o caso específico da histeria nas mulheres negras, tal como tratado por Nina Rodrigues, ver Corrêa (1998). Segundo a autora, Nina Rodrigues defendeu a possibilidade de que histeria não fosse privilégio das moças brancas e "Criando uma (duvidosa) igualdade entre ambas, Nina Rodrigues trazia também a mulher negra para o âmbito do saber médico, tentando exercer sobre ela o mesmo tipo de dominação que, via conhecimento científico, se estava exercendo já há algum tempo sobre a mulher branca" (1998:148).

34 Uma nota da redação explica que, em função de dificuldades, não foi possível a publicação da foto e que a peça anatomopatológica foi remetida ao Museu da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

35 A ovariotomia representou um fenômeno de grandes proporções não apenas em relação às próprias mulheres que sofreram esse tipo de intervenção, mas também como técnica sobre a qual se consolidou a especialidade ginecológica. É notável que trabalhos médicos que historiam o desenvolvimento dessa especialidade dediquem capítulos específicos ao tema. Ver Cianfrani (1960), Rozembaum e Peumery (1990) e O'Dowd e Phillip (1994).

36 Pelo menos na Europa, a castração parece ter sido usada também como um método de controle da natalidade. No Brasil, não se encontrou dados significativos sobre este ponto, a não ser a menção que Erico Coelho faz à situação francesa tendo por base a obra *Fécondité*, de Émile Zola. Coelho transcreve o seguinte trecho do livro, que considera o melhor relato sobre a depopulação na França: "De cima a baixo, do grande ao pequeno, bate moeda a hedionda indústria que faz infecundas as mulheres. Eis uma esposa a quem abrem o ventre, de onde arrancam o cacho da vida repleto de óvulos. Eis uma virgem mutilada, da qual suprimem a maternidade em botão antes que o mesmo floresça. Corta-se, corta-se sempre e em todos os lugares sociais. Vós sabeis a que extremos chegamos. Nos hospitais são castradas duas a três mil mulheres por ano. Esse número é o dobro, pelo menos, nas clientelas particulares; pois aí não há testemunhas indiscretas nem registro de algum alcance. Somente em Paris, no espaço de quinze anos, a quantidade dessas operações deve ter sido de 30 a 40 mil. Enfim, calcula-se em quinhentos mil, por outro, em meio milhão, as mulheres na França, das quais amputaram ou arrancaram a flor da maternidade, como se fosse erva daninha. Em dez anos, a faca dos castradores de mulheres nos fez

mal maior que as balas dos prussianos." (*Apud* Coelho 1915:22-23).

37 Ver: Maia (1866), Rego (1871), Vasconcellos (1872), Silva (1873), Carvalho (1873), Santos Filho (1873), Silva (1878), Fontes (1880), Assis (1881), Silva (1881), Falcão (1881), Araujo (1881), Gomes (1883), Nunes (1883), Silva (1883), Vasconcellos (1895).

38 Tal caso é o mesmo relatado por Maia (1896), embora esse autor não mencionasse o desfecho final com a morte da paciente. Engel (1997), em um texto intitulado 'Psiquiatria e feminilidade', também analisou o mesmo caso.

39 Vieira Souto não esclarece se não tem conhecimento desta informação para a grande maioria das mulheres restantes ou se elas sofreram a perda do 'senso genésico', o que iria contrariar a sua hipótese.

40 Temos o registro das seguintes teses, além das já citadas no texto: Cardoso Junior (1911), Moreira (1921), Barretto (1924), Barbosa (1924), Teixeira (1925), Ferrari (1927), Fortuna (1927), Costa (1928), Cardoso (1932), Magalhães (1934).

41 A autora pondera que existiam significativas diferenças entre franceses e britânicos, que, segundo ela, estariam relacionadas à religião majoritária (catolicismo ou protestantismo) em cada nação. Os franceses se mostravam muito mais críticos à ovariotomia. A Academia de Medicina de Paris chegou a proclamar-se oficialmente contra a extirpação dos ovários em 1857, posição que seria revista mais tarde (Moscucci, 1996).

42 As feministas inglesas localizavam o combate contra a ovariotomia no interior de uma campanha mais ampla contra a vivissecção. Em muitos momentos vivissecção e misoginia eram associadas. É o caso da percepção corrente em 1888 de que os crimes cometidos por Jack o Estripador eram obra de um cirurgião da Universidade de Londres (Moscucci, 1996).

43 Sandelowski (1990) também se refere ao paradoxo implícito na prática de extração dos ovários para curar doenças que acabava por tornar as mulheres estéreis e inaptas à função materna, considerada necessária a sua saúde física e mental. Groneman (1994), tratando dos Estados Unidos, argumenta na mesma direção.

4

O Caso Abel Parente: esterilização, loucura e imoralidade

Prostituição que lavra com efeitos terríveis, abrigada sob a capa da honestidade penetra no seio da família honrada, oscula a inocência, estreita a virtude, infeccionando muitas vezes a pureza do lar e só conhece como peia ao seu largo desenvolvimento o receio da concepção.

Compreende V. Ex. perfeitamente que esse receio é o único embaraço para muitas mulheres que, ou pelos vícios de uma educação má, ou pela influência perniciosa do meio em que vivem, deixam de buscar na prostituição clandestina a realização de suas vaidades, a satisfação de seus gozos e que inquestionavelmente quando esse receio for dissipado, esse empecilho removido, quando acreditarem que a concepção pode ser obstada, bastando para isto a sua única vontade e facilidade criminosa de um clínico sem escrúpulos, teremos francamente aberta a porta larga da prostituição.

(Protesto do Dr. Publio de Mello na Sociedade de Higiene do Brasil em 1893)

O trecho citado poderia, a princípio, ser lido como mais um discurso inflamado de algum moralista do século XIX diante da permanente questão da prostituição. Na verdade, embora a prostituição esteja também em jogo, trata-se de uma outra discussão: o que a possibilidade da anticoncepção pode provocar em termos do comportamento das mulheres e de transformações na própria sociedade. O que gerou a reflexão citada não foi um grande avanço das zonas de prostituição ou algo do gênero, mas a proposição, por um médico, de um método de esterilização temporária das mulheres. Isso ocorreu nos idos de 1893 no Rio de Janeiro e ficou conhecido como o caso Abel Parente. Abel Parente era um médico italiano radicado no Brasil e dedicado à obstetrícia e à ginecologia, ou às moléstias de senhoras, como mais comumente se falava.[1] Preocupado em criar algum meio que evitasse a gravidez, ele desenvolveu uma técnica, ao que consta um tipo de raspagem das paredes do útero e injeções, que impedia temporariamente a concepção. Satisfeito com sua descoberta, o médico passa a anunciá-la nos jornais cariocas, prescrevendo-a em diversos casos em que a gravidez pudesse ser problemática ou indesejada:

> I. *Quando a mulher corre perigo de vida no parto, como nos casos de vícios de conformação da bacia que reclama o aborto em graves operações obstétricas;*
> II. *Nos casos de moléstias genitais, que se opõem à gestação e ao parto, provocando repetidos abortos podendo causar a morte da doente, como nos casos de peri e parametrite e salpingite;*
> III. *Em certos casos de vômitos incoercíveis que reclamam o aborto e quando a mulher é acometida de cólicas hepáticas com ictero;*
> IV. *Doenças do coração, do pulmão, que são agravadas ou podem ter êxito fatal pela gestação ou parto, como a tísica pulmonar, as lesões orgânicas do coração;*
> V. *Nos casos de loucura provocada ou agravada pela gestação, parto, aborto ou aleitamento;*
> VI. *Tumores abdominais que impedem a gestação e o parto e reclamam graves operações obstétricas;*
> VII. *Sempre que trata-se de evitar de gerar uma prole à qual seria inevitável a transmissão hereditária de moléstias graves, tais como a sífilis, a demência, a epilepsia, o câncer, a tísica;*
> VIII. *Sempre que pais idosos, nevropatas, alcoólicos, sifilíticos, caquéticos não queiram obter uma prole degenerada, raquítica e escrofulosa;*
> IX. *Enfim nos casos de anemia profunda e miséria.*
>
> (Transcrito no parecer de Malcher Serzedello. In: *Sociedade de Higiene do Brasil*, 1893:30-38)

Os anúncios do Dr. Abel Parente não passaram despercebidos pela elite médica da época, que vinha ocupando uma posição de maior prestígio na sociedade e ampliando sua capacidade de intervenção em uma ampla gama de assuntos. O invento de Abel Parente suscitou o posicionamento do corpo médico não apenas diante do que seria uma nova descoberta científica, mas também diante das inúmeras questões morais que implicava, como o trecho transcrito sugere.

O objetivo deste capítulo é fazer um mergulho nessas questões, mostrar quais os elementos que vêm à tona nessa polêmica tão interessante. Redescobrir a íntima ligação entre os pressupostos morais e as concepções científicas acionadas. Perceber que definições de família e de relações de gênero estão por trás dos discursos envolvidos. O que se pretende fazer é pinçar os principais argumentos que aparecem tanto nas acusações quanto nas defesas que ficaram registradas nos documentos. As acusações contra o médico iam desde charlatanismo até lesões corporais e atentado ao pudor. A polêmica provocou rompimentos no meio médico, acaloradas discussões na Sociedade de Higiene do Brasil e serviu como fonte de acusações em casos posteriores. E o amplo debate que suscitou permite que hoje façamos uma incursão pelos argumentos que naquela época cercavam a discussão sobre a possibilidade de esterilização da mulher. Argumentos esses que podemos articular com a questão mais geral referente à historicidade da criação da diferença entre os sexos e gêneros. É importante também notar que este caso evidencia como, na prática, repercutiam as concepções vistas nos capítulos anteriores, especialmente no que se refere à definição da mulher pela função reprodutiva e à relação entre órgãos genitais, sexualidade feminina e doenças mentais. Contudo, antes de apresentar o desenrolar dos acontecimentos, é preciso dar algumas pistas a respeito da importância que a questão da prostituição tinha para os médicos da época.

A preocupação maior dos médicos que se esforçaram em denunciar Abel Parente concentra-se no domínio moral. As mulheres que não tiverem o peso da concepção a controlar o seu apetite sexual tornar-se-ão todas prostitutas. Por isso, não se pode sequer cogitar o emprego de um processo de esterilização. Em uma concepção de sociedade na qual a mulher é percebida como incapaz de controlar sua sexualidade e é, ao mesmo tempo, a guardiã da honra da família, só há lugar para a condenação de um método, seja qual for, que possibilite desvincular o ato sexual da concepção e da família. É nesse sentido que se pode entender por que a esterilização é quase que imediatamente associada à prostituição.

Como mostrou o trabalho de Margareth Rago (1993a, 1993b), no final do século XIX intensifica-se o discurso sobre as mulheres mundanas, as prostitutas que viviam soltas das amarras e prescrições relativas ao lar.[2] As prostitutas aparecem como um contra-ideal necessário para dar limites à liberdade feminina, no discurso tanto de médicos quanto de jornalistas, criminalistas e literatos. Os médicos, especialmente, chegaram a definir as características que marcavam a figura da prostituta.[3] Elas se distinguiam da 'mulher normal' por uma formação biológica diferenciada e por traços de personalidade específicos. Desde o andar, o sorriso, o olhar, a preguiça, a mentira, a depravação e o alcoolismo, até a ausência de senso moral, apetite sexual exaltado e limitados recursos intelectuais eram indicadores apontados pelos médicos. Elas eram o símbolo da anti-higiene e consideradas as grandes fontes de transmissão de doenças, especialmente as venéreas. Mas o que as caracterizava enfaticamente era a sua sexualidade sem limites ou fronteiras. A autora destaca ainda que nessa época a emancipação feminina começava a ser percebida como uma ameaça à ordem social estabelecida. A definição da prostituta de forma ampla e fluida contribuiu para opor à imagem da mãe e esposa todas as mulheres que se aventuravam fora dos limites do lar e da família. De acordo com Rago (1993b:44-45),

> *o interesse que médicos, juristas, chefes de polícia, filantropos e escritores revelaram pelo desvendamento do cotidiano do mundo da prostituição no passado esteve menos ligado a uma preocupação social com a sorte das prostitutas, empiricamente consideradas, do que com a ameaça representada pela entrada da mulher em geral no espaço da vida pública. Entrada que muitos procuraram obstaculizar ou então controlar.*
> *Nesse sentido, a prostituição foi construída como um* fantasma *extremamente poderoso direcionado para as jovens, esposas e irmãs das famílias* respeitáveis, *ou ainda para as trabalhadoras dos setores mais pobres da população, sempre associadas a uma tendência natural de gosto pela promiscuidade e de inclinação para os vícios.* (Grifo da autora.)[4]

Para Magali Engel (1986, 1989a), a percepção dos médicos sobre a prostituição era bastante complexa e implicava sobretudo um medo mais geral de que as mulheres 'de família' se convertessem em prostitutas e na compreensão de que o excesso de prazer e a ausência da finalidade reprodutora seriam prejudiciais ao indivíduo e à sociedade. Nesse sentido, a prostituta é definida por oposição à mãe-esposa e como uma desviante sexual. Muitas vezes, o uso da cópula para a 'depravação dos costumes', adultério, infidelidade, concubinato, mancebia e outras práticas consideradas imorais

eram suficientes para definir a prostituição. Dos vários tipos de prostituição incessantemente classificados pelos médicos, a clandestina era a mais perigosa porque exercida muitas vezes no seio das famílias. As prostitutas clandestinas ocultavam sua atividade criminosa com identidades de costureira, florista, parteira etc., o que fazia com que os médicos reforçassem a oposição entre mulher trabalhadora e mãe-esposa. Aquelas que não exerciam as funções de mãe e esposa estavam mais sujeitas à acusação de prostituição. A autora também salienta que o ato de vender o próprio corpo representava a ociosidade por contraposição ao trabalho, o que colocava a prostituta ao lado de outros elementos – mendigos, vagabundos, capoeiras – que ameaçavam a ordem social. A prostituição criava corpos inúteis e doentes. Era também associada ao luxo, ao desperdício e à riqueza ilicitamente adquirida, implicando a destruição de patrimônios familiares e opondo-se à idéia de acumulação e propriedade constituída. Portanto, representava também uma ameaça à integridade dos cidadãos e à riqueza da nação (1989).[5]

Silvia A. Nunes (1982, 1991) apresenta, na discussão que faz sobre a medicina social e a regulação do corpo feminino, a prostituta – ao lado da louca e da criminosa – como uma das categorias por intermédio das quais os médicos trataram os comportamentos desviantes ou anti-sociais. A autora destaca o aprimoramento da classificação da prostituição como um indício da grande necessidade de catalogar e regular a atividade sexual fora do casamento. Os médicos se interessavam especialmente pelos tipos de mulheres que procuravam a prostituição e suas razões, e tentavam descrever seus costumes e vida cotidiana em busca da criação de tipologias e soluções para o problema. Essa atitude faria parte de uma linha de intervenção generalizada da medicina no controle da população. Nesse projeto, a mulher seria para os médicos uma aliada valiosa. Ela seria especialmente dotada de atributos para o bem cuidar da família. Sua natureza mais frágil, menos afeita às agruras do mundo externo ao lar, é feita sob medida para que se dedique ao sucesso do empreendimento familiar. Sua anatomia e mais tarde o seu psiquismo serão vistos dessa forma. A mulher é própria para a maternidade, inapta para outras funções, e por isso precisa do apoio da família e do marido para sobreviver. Mas é essa necessidade biológica de sobrevivência que a fará contribuir exemplarmente para a manutenção de seu lar. É essa prerrogativa da união que deve motivar as mulheres ao casamento, e não os ímpetos da sexualidade. A sexualidade não é própria das mulheres sadias e de família. Prova disso, para os médicos, eram as constantes e múltiplas doenças que afetavam as prostitutas. A estas últimas recomendava-se o casamento polido e regrado, pois era pela falta dele que adoeciam.

As Acusações: o levante contra um médico esterilizador

Inicio com o que parece ser a primeira acusação formal a Abel Parente. Trata-se do protesto do Dr. Publio de Mello (citado anteriormente) proferido na Sociedade de Higiene do Brasil em janeiro de 1893. Nesse discurso, o médico trata de apontar em que quesitos pode ser enquadrado o invento de Abel Parente e de demandar a outros eminentes médicos e juristas que redijam pareceres sobre o caso. Seu protesto começa

com o trecho que dá início a este capítulo, no qual pode-se observar que a primeira questão colocada é a da propensão quase que natural da mulher à prostituição. Como disse o médico, se não fosse a peia da concepção, se a mulher não tivesse de carregar os frutos de seus atos libidinosos, estaria plenamente entregue à devassidão. A concepção aparece como um tipo de contrapeso que a natureza oferece ao desgoverno inerente nas mulheres. A sua necessidade de apoio para se manter e manter seus descendentes faz com que tenha de permanecer sob o domínio do lar e governo de um marido. Sem a concepção, o caminho mais próximo é o da prostituição.

Publio de Mello se pergunta como um médico pode gastar seus esforços pensando em contribuir para tal fim, desrespeitando a moralidade profissional e incitando à esterilização. E, antes disso, duvida da própria possibilidade da esterilização. Afirma desconhecer qualquer método de esterilização que seja eficaz e que não cause sérias e profundas conseqüências à vida da mulher. Além disso, o caso é tão escandaloso que colocaria a sociedade brasileira humilhada diante do rol das sociedades cultas:

> *Assim, pois, convencido da impossibilidade material de semelhante resultado por parte deste clínico que não poderá, por meios lícitos e científicos e sem determinar sérios, graves e profundos males à vida da mulher, realizar o que ostensivamente apregoa pelos jornais, zombando de todos os preceitos da moral, venho pedir, como vos disse, todo o auxílio para que seja levantado baluarte invencível, barreira insuperável a semelhante atentado que nos desonra, humilha e degrada ante as sociedades cultas.*
> *Existe nesta Capital um clínico diplomado, Dr. Abel Parente, que, esquecendo-se da nobreza de sua profissão, do respeito devido à moralidade profissional, desvirtua a sua inteligência e seus conhecimentos médico-cirúrgicos, para incitar o desejo da esterilidade.* (Mello, 1893:4)

Publio de Mello continua o seu protesto fornecendo dados que atestariam que no mundo todo, em todos os tempos, entre povos selvagens ou civilizados, a esterilização foi sempre condenada e nunca procurada, como ora se anunciava nos jornais cariocas:

> *Pois quando, em todos os tempos, a esterilidade a todos tem preocupado (...); será lícito que um clínico, esquecido de tudo, procure despertar nesta terra esse desejo, e, recolhido ao fundo de seu gabinete, venha empregar processos secretos para impedir a fecundação? Será lícito que quando houvesse necessidade imperiosa de infecundar uma mulher, se torne ele o único juiz, único árbitro de tal necessidade?* (Mello, 1893:6)

A essas questões o autor responde com um estridente não. Não é possível que se apregoe o desejo da esterilização. Não é possível que um médico faça isso isolado da discussão e do julgamento de seus colegas.[6] E mais do que isso, trata-se de um "crime", de um "insulto à moral pública", de "atentado à pureza dos costumes" (Mello, 1893:7). Também não é possível que uma mulher queira por vontade própria abrir mão da maternidade:

> *Assim como não é dado ao parteiro matar um feto para salvar a vida materna, sem que primeiro receba de outros colegas a sanção do ato que quer praticar, assim também não poderá um só indivíduo praticar a esterilização, sem outra*

justificativa para seu criminoso proceder, mais que a sua vontade, a sua ambição e a da mulher que busca despojar-se do papel mais importante, para que fora criada: a maternidade. (Mello, 1893:7)

Certamente, são o rompimento com o imperativo da maternidade e o que é considerado o seu oposto, o livre e inconseqüente exercício dos apetites sexuais, o centro das preocupações de Publio de Mello. A esterilização é um crime porque induz à realização dos desejos sem nenhuma conseqüência que os restrinja. Recorrendo a citações, Publio de Mello vai mais longe nas suas considerações. Note-se que o trecho que se segue também aponta para o descrédito na eficiência de qualquer processo de infecundação:

A esterilidade provocada é um absurdo, é um crime.
É despertar o desejo da realização dos gozos, sem o peso das conseqüências da prenhez, é zombar de todos os princípios da moral e da ciência.
Quando não bastasse a voz autorizada de Henri Krisch, declarando que 'se não deve confiar na esterilidade provocada, pois que a concepção dar-se-á zombando de todos os obstáculos que se supunham insuperáveis', Castelneau diz: 'A esterilidade provocada na mulher produz o mesmo que se observa nas fêmeas de todos os animais, a excitação dos apetites sexuais e em algumas o estado patológico que faz dar às vacas o nome de taurellières *(ávidas de touro), trazendo como conseqüência o deboche no casamento ou fora dele e em vez de ser o casamento um laço social, torna-se o meio legal do gozo, que conduz ao adultério e ao enfraquecimento da raça'.* (Mello, 1893:7)

Estão implicadas aqui, portanto, considerações sobre a sexualidade permitida, sobre o casamento como laço social, sobre o enfraquecimento da raça. No trecho a seguir ainda aparecem referências ao desrespeito à sociedade, à mulher, à moral pública e à ética médica:

Sr. Presidente: os anúncios que, nos jornais diários, faz o Dr. Abel Parente, além de serem o escárnio atirado às nossas faces e à classe médica brasileira, são a prova mais palpável e incontestável do desrespeito à sociedade brasileira em cujo seio S.S. [Abel Parente] encontrou o acolhimento que com certeza faltou-lhe em seu torrão natal, são o ultraje à mulher que em todos os tempos foi sacrário dos nossos respeitos e da nossa consideração; são um atentado à moral pública, são a negação formal do conhecimento da ética médica. (Mello, 1893:7)

Em seguida, Publio de Mello faz referências ao que não condiz com a ética médica, especialmente no que se refere à publicação de anúncios e promessas milagrosas que incidiriam em práticas mercantilistas e charlatanismo. Cita todas as classes de fenômenos apresentadas no anúncio de Abel Parente como requerendo a esterilização para posteriormente desqualificá-las. Seja para dizer que algumas são sintomas passageiros (como os vômitos incoercíveis) que a medicina pode resolver, seja para apontá-las como imoralidades (como o caso de alcoólicos e nevropatas que querem esconder a sua vergonha impedindo a prova explícita de uma descendência degenerada). E ainda cabe destacar que, ao invés de evitar problemas, a esterilização acabaria causando novos, na medida em que prejudica o que é considerado como o normal funcionamento do corpo feminino, regido por processos ligados à fertilidade, como a menstruação e a gravidez:

Não seria determinar para a vida da mulher uma eternidade de sofrimentos, perturbando-lhe o funcionamento fisiológico de órgãos necessários à sua existência? Que graves perturbações não dar-se-iam quando, nas épocas catameniais, a saída do corrimento sangüíneo se achasse vedada pela atresia do colo ou de todo o útero?
As cólicas terríveis, as hemoptises graves, as congestões funestas para o fígado, cérebro e outros órgãos, seriam a conseqüência fatal desse benefício fantástico que tanto se apregoa. (Mello, 1893:6)
Infecunde-se a mulher, embarace-se a função fisiológica de seus órgãos, prive-se o livre escoamento do líquido catamenial e das conseqüências uma será a loucura nessas épocas, e no entretanto promete-se a cura pela esterilização, quando sem as graves conseqüências, sem o seu aviltamento terá a infeliz vítima de tais procedimentos recursos outros eficazes e certos. (Mello, 1893:10)

Publio de Mello passa, então, a exigir pareceres do corpo médico e manifestações da Academia Nacional de Medicina. Propõe a intervenção das autoridades públicas, por intermédio da Promotoria Pública e da Diretoria Sanitária. Exige que a imprensa colabore e deixe de publicar os anúncios de Abel Parente. E para terminar, cita o que seria a prova irrefutável do crime do médico italiano. Trata-se de dois fetos, conservados em laboratório, que seriam frutos de um aborto provocado durante um tratamento da mulher com Abel Parente. A paciente estaria se submetendo a procedimentos para se esterilizar e, sem saber, havia engravidado. Passando muito mal, recorre a um outro médico, que ao atendê-la desvenda a gravidez de gêmeos, terminada com a morte da mãe e dos fetos.[7] Como bom orador que devia ser, Publio de Mello deixa para o momento final os elementos mais trágicos e sensibilizadores:

A prova material, indiscutível, das graves conseqüências desse processo maravilha, *a troco do qual se pede um punhado de ouro, vós a tendes.*
São duas crianças, vítimas inocentes da ignorância e das cáusticas injeções.
São dois infelizes que, antes de darem o primeiro vagido, antes de receberem o primeiro ósculo materno, encontraram a morte.
Trazem no dorso o pedido de justiça, mostram os vestígios do crime!
Dizei-me se diante da inocência sacrificada, diante das vítimas, hoje sepultadas no álcool, que as conserva, para sempre mostrar a quanto chega a ignorância e o charlatanismo, dizei-me se nos podemos conservar calmos, tranqüilos e indiferentes.
Dizei-me se esta Sociedade, não esquecendo-se de seus deveres, deve deixar de pedir ao digno cidadão Ministro da Justiça a punição do crime.
Dizei-me, e a resposta será a solução ao protesto que faço, apoiado na opinião dos mestres, protesto que traduz o grito de indignação de quem não esquecido do juramento prestado ante o altar da ciência para o batismo de luz, procura cumprir o dever. (Mello, 1893:11. Grifo do autor.)

A esse acalorado protesto, Publio de Mello teve uma série de respostas. Vamos começar pela própria Sociedade de Higiene do Brasil, na qual o protesto foi feito. Uma primeira revelação diz respeito ao documento que está sendo aqui transcrito. O protesto de Publio de Mello, bem como 15 pareceres de médicos e jurisconsultos, relatórios e atas das reuniões da Sociedade, foram publicados ainda em 1893 – a decisão da publi-

cação foi tomada em uma das reuniões – em um compêndio intitulado *Do Charlatanismo*. Desde aí é possível perceber de que lado a Sociedade de Higiene do Brasil, por meio da manifestação de seus membros, se colocou.

O documento, que inicia com o protesto, segue com uma carta do Dr. Souza Lima, então presidente da Academia Nacional de Medicina, manifestando-se contra Abel Parente. Recomendando também que o caso seja levado à Promotoria Pública, diz que "é fácil compreender a influência perniciosa e funesta que devem executar tais preconícios, sobre a moralidade das famílias, constituindo um incentivo tácito para o desenvolvimento da prostituição clandestina" (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:12).

Em seguida, são enumerados todos os pareceres que responderam ao apelo de Publio de Mello e dos quais citaremos apenas alguns.[8] Em geral, os pareceres seguem o modelo exemplificado pela resposta de Costa Ferraz, que cita textualmente a solicitação do colega médico:

> *Por mais que medite sobre o conteúdo de vossa consulta, para que vos responda,* se conheço algum processo médico ou científico capaz de produzir a esterilidade da mulher sem atentar contra as leis do pudor e sem determinar lesões graves e várias perturbações da vida; *só acho uma resposta: uma imoralidade e um atentado contra as leis divinas e humanas, e a degradação da mulher que a isso se sujeitasse. (...) Todos os artifícios aconselhados e julgo que empregados para impedir a fecundação são improfícuos e imorais, e esses mesmos, como sabeis, podem e têm produzido, sérias e graves perturbações no organismo da mulher. Tudo mais é charlatânico, e considero um passaporte para a prostituição.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:15-16. Grifo do autor.)

Antonio Rodrigues Lima alega que a única intervenção que pode prevenir a concepção é a castração ou extirpação dos ovários. Mas, as conseqüências desse tipo de cirurgia, especialmente para a sanidade mental das mulheres, têm sido graves:

> *Na Alemanha, têm sido observados diversos casos, falo apenas dos que conheço, em que a supressão dos órgãos da evolução tem trazido para as mulheres que se têm submetido à operação de castração, apesar de curadas das conseqüências operativas, a manifestação de psicoses de forma melancólica.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:16)

O texto de Daniel de Almeida fala de um fato contra a natureza, do caráter oculto das práticas de esterilização e da necessidade de que os poderes públicos se manifestem:

> *A aplicação dos meios imaginados para esterilizar a mulher, desde que visa à realização de um fato* contra-naturam *e também em formal oposição aos mais triviais preceitos da moral a que todos se subordinam em sociedades cultas, não é coisa para passar desapercebida; tanto mais quanto tais meios são postos em prática sempre às ocultas, e as próprias pacientes só a eles se prestam furtivamente e se pejam mesmo de torná-los sabidos no recesso da intimidade familiar; por cujo motivo os julgo ainda reprováveis senão mesmo assunto para vigilante inspeção dos poderes públicos, que não podem dormir sono indiferente à espera que lhes venham gritar alarma as vítimas infelizes da imprudência profissional.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:20)

O Dr. Rodrigues dos Santos faz um dos pareceres mais extensos e o que poderíamos chamar de mais bem fundamentados, de acordo com os critérios científicos da época. Diferentemente de alguns dos seus colegas que encerraram a questão recorrendo a máximas morais, ele traça uma ampla descrição do processo de concepção, da importância dos órgãos reprodutivos para o organismo da mulher e da equação entre suas funções biológicas e sociais.[9] Vale a pena citar algumas passagens, chamando a atenção, especialmente, para a primeira frase que, curiosamente, trata a natureza como uma resposta às necessidades sociais:

> *A natureza criou no organismo feminino condições e elementos especiais, proporcionais ao papel que as mulheres representam na sociedade como mulher e mãe. Como mulher marcando a sua aptidão fecundante, pelos fenômenos íntimos e especiais dos ovários; como mãe lhes dando um acessório aos órgãos da geração – as glândulas mamárias, que segregam o líquido nutritivo para o novo ser.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:22)
>
> *da simples anomalia menstrual à sua supressão, observamos nós diariamente casos em que vemos que o organismo da mulher como que subjuga, se domina por estas funções ovarianas; suprimi-las seria uma audácia de um louco; porque seria querer antepor-se à natureza, o que é um absurdo.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:23)
>
> *É um atentado contra o pudor, é um ato altamente imoral e contra as leis ditadas pela natureza, pretender-se destruir o que ela tem de mais íntimo, de mais belo e admirável, como seja a fecundação.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:25)

O parecer de Caetano Werneck é ilustrativo de como os argumentos morais eram acionados. Ao invés de falar de processos funcionais ou descrições anatômicas, lança a proposição de que qualquer método de esterilização incorre na prática do ato sexual contra o seu fim único que é a procriação, transformando as possíveis mães em 'máquinas de prazer':

> *Todos os meios ou processos empregados nesta categoria [meios que impeçam a fecundação] dependendo de manobras ou artifícios empregados antes, durante ou depois do congresso sexual, com a preocupação indecente de desvirtuar o único fim natural e nobre desse ato – a procriação da espécie – são justamente condenados e verberados como imoralíssimos e atentatórios ao pudor e a mulher que conscientemente se torna cúmplice de tais práticas, abdica da principal prerrogativa do sexo; deixa de ser mãe para transformar-se em simples máquina de prazer.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:28)

Vale notar que logo em seguida o autor apregoa que a intervenção nos órgãos genitais femininos pode ser o ponto de partida para 'perturbações mentais graves'. Uma idéia já citada e que é bastante recorrente. Parece que a saúde física e, principalmente, a mental eram concebidas como estritamente dependentes do funcionamento dos órgãos genitais voltados para a procriação. Qualquer alteração nesse delicado terreno acaba ou em diversas formas de perturbação mental da mulher ou em diversas formas de imoralidade, como a 'prostituição clandestina' – em suma, em formas de perturbação da moral pública.

A resposta de Malcher Serzedello à polêmica é também bastante extensa. Ele considera cada uma das nove indicações propostas por Abel Parente para esterilizar a

mulher e argumenta sempre no sentido de demonstrar que o método proposto é, moral e cientificamente, descabido. É apropriado recorrer a pelo menos duas das indicações e suas respostas. Uma delas diz respeito à esterilização nos casos em que a mulher tenha doenças do coração ou do pulmão, que podem ser agravadas com a gravidez e o parto:

> *Em casos extremos e em que a mulher não possa levar ao termo uma prenhez futura, o médico deverá apelar para a consciência do marido e esta mulher não se sujeitará ao parto e não terá, por esse fato, de sucumbir.*
> *Não se deverá esterilizar porque esse meio incerto, dando-lhe a certeza da não procriação, a arrastaria ao ato da cópula e poderia fecundar-se e ser fatal o êxito dessa parturição. (...) É fato sabido por todas as classes sociais que, para não fecundar, basta não copular, e um marido, cuja mulher tuberculosa ou cardíaca achar-se em condições de não poder levar ao termo uma prenhez, não será tão miserável que a force ao ato e, mesmo que a forçasse, seria lícito praticar-se sempre o aborto legal a fim de salvar a vida da gestante, mas não seria lícito prometer e infecundar uma mulher somente para que o marido pudesse exercer os seus libidinosos desejos, aumentando a gravidade da moléstia da sua mulher.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:34)

Nota-se que um dos elementos centrais do trecho transcrito é o diálogo que se estabelece entre o médico e o marido, restando à mulher o papel de objeto da discussão. Os apelos do médico são dirigidos ao marido, para que controle seus desejos e não fecunde uma mulher com problemas de saúde. No mesmo sentido, a libertinagem que adviria da garantia de atos sem procriação é agora associada ao homem e não à mulher. Parece que, neste caso, a posição de sujeito, mesmo que de práticas consideradas imorais, lhe é subtraída.

Considerações semelhantes são feitas por Malcher Serzedello no que se refere à indicação da esterilização nos casos de loucura provocada ou agravada pela gestação, pelo parto, aborto ou aleitamento:

> *Em primeiro lugar não acredito que a loucura possa ser agravada pela gestação, aborto, parto ou aleitamento, porque ainda não julgo o homem tão mesquinho, tão depravado que possa copular com uma mulher louca e que esta possa aleitar seu filho, fruto não de seus amores mas da indignidade de seu marido.*
> *Não julguem tão calmas as loucas puerperais.*
> *E mesmo que pudesse se dar tal ato de selvageria, que por si só bastaria para reclamar um lugar no hospício para aquele que o cometera, o processo esterilizador não teria nada que fazer porquanto ou teria que praticar um aborto, um crime, ou teria que deixar nascer essa criança – um degenerado – mas não daria à razão essa mulher que deveria achar-se debaixo da vigilância dos psiquiatristas para recuperar a sua razão, se possível fosse, e escapar à insensata libidinagem do seu marido. (...) Demais, acresce que a loucura puerperal não é uma entidade mórbida mas sim uma explosão de germe hereditário, provocada por uma causa ocasional no puerpério.*
> *Há muitas mulheres que nunca tiveram ascendentes manifestando várias formas de loucura e que marcham neste escuro viaduto da patologia, porém é justamente nessas que, afirmam psiquiatristas, a loucura puerperal pode ser curada e portanto é aquela que pertence a essa classe que devemos sujeitar aos*

> *psiquiatristas para ver se a chamam de novo à vida social; tocando às outras o isolamento futuro aos prazeres da maternidade.*
> *Nas primeiras esterilizar é um crime porque estancará uma fonte de cidadãos – nas segundas uma inutilidade porquanto essas mulheres não poderão viver em contato com seus maridos e sim a sós, na célula ou num hospício.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:35)

Os dois últimos pareceres consideram o caso Abel Parente do ponto de vista legal. Ubaldino do Amaral, inclusive, reproduz os quesitos formulados por Publio de Mello. Vale chamar a atenção para as categorias em que Publio de Mello estava querendo enquadrar Abel Parente:

> *1º. A descoberta de medicação ou processo destinado a prevenir para sempre a concepção pode ser anunciada e livremente praticada?*
> *2º. Essa faculdade exercida por profissional pode ser considerada como um direito da profissão, quando apresenta o caráter de sugestão para atrair clientes – fato que não pode ser confundido nem equiparado com o recurso extremo da ciência perante casos especiais?*
> *3º. Não contraria as condições orgânicas da natureza humana, as qualidades que a constituem, suas necessidades e seus fins?*
> *4º. Não é uma violência natural?*
> *5º. Não contraria a moral, elemento orgânico e mantenedor da família e da sociedade?*
> *6º. Não é um atentado contra a própria sociedade civil, que se desenvolve e revive pela procriação e reprodução?*
> *7º. Não é um elemento corrosivo do pudor, que as leis criminais defendem contra todo e qualquer atentado?*
> *8º. Não importa em anulação de condição essencial para o casamento, como para sua persistência e para preenchimento da instituição positivamente estabelecida pela lei civil?*
> *9º. Pode escapar à lei criminal?*
> *10º. Em que disposição deve ser considerado incurso o profissional que assim procede?* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:39)

A resposta de Ubaldino do Amaral, em síntese, diz que o regulamento sanitário nada dispõe sobre o assunto e que, em termos do Código Penal, seria possível que o caso se enquadrasse nos artigos que tratam do aborto e de lesões corporais (artigos 300 a 306). O parecer de Gaspar Menna Barreto de Barros Falcão acompanha o de seu predecessor, também apontando uma certa dificuldade em localizar em que dispositivos Abel Parente estaria infringindo a lei. Também reafirma que o caso deve ser pensado à luz das lesões corporais. Acrescenta que muitos dos quesitos são da alçada da 'alta moral filosófica' e não do direito positivo, e que outros devem merecer um melhor julgamento da autoridade sanitária. É interessante que os juristas apresentaram respostas mais técnicas e menos voltadas para as questões gerais de moralidade, que tanto marcaram os pareceres dos médicos. Essa diferença já aponta para uma explicação do desenrolar do caso, ou seja, a não condenação de Abel Parente pela Justiça.

O documento publicado pela Sociedade de Higiene do Brasil contém ainda o *Relatório da Seção de Salubridade Pública* da Sociedade, composta pelos Drs. Alfredo

Nascimento, Ismael da Rocha e Henrique de Sá. Neste relatório, apresentado em 15 de fevereiro de 1893, o que se destaca, para além das acusações a Abel Parente, são basicamente as considerações a respeito do papel dos médicos no tratamento de questões mais gerais de interesse social. A declaração que segue ilustra como assumem, na qualidade de médicos e cidadãos, a posição de defensores da moralidade pública:

> *Na verdade, três pontos de vista diversos apresenta a questão que se vai debater: científico, legal e moral. Compete aos ginecologistas profissionais estudá-la pela primeira dessas faces; compete aos jurisconsultos e médicos legistas encararem-na perante o direito e perante a lei; nós, sem suficiente competência para tal, aguardamos o pronunciamento dos peritos, mas como médicos e como cidadãos, temos o direito e, mais do que isto, temos o dever de julgar perante a moral, no íntimo e inviolável sacrário de nossas consciências!*
> *Quando nenhum procedimento tivesse a queixa formulada pelo Dr. Publio de Mello, e quando nula fosse ela perante o direito e perante a ciência, sobejas razões teria ante a moralidade pública, único prisma por onde daqui encaramos.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:46)

O relatório segue informando que a Diretoria Sanitária, já consultada, emitira um despacho no qual afirmava que Abel Parente não estava transgredindo a lei ao publicar os seus anúncios. A Sociedade de Higiene do Brasil responde que a Diretoria Sanitária não tinha base para elaborar o laudo, o que ela mesma, a Sociedade, pretende fazer. Além disso, reclama-se que o diretor da Diretoria Sanitária deu uma sentença baseada na lei e na justiça, que são corretas mas também frias, distantes dos sentimentos pessoais que o caso envolve e antes que a culpa tivesse sido definitivamente formada. Ao que parece, os médicos que fizeram o relatório não estavam plenamente dispostos a acatar o julgamento da autoridade pública competente, preferindo realizar um julgamento paralelo, especialmente no que se refere às questões morais:

> *Pois bem; quando tudo isso se realize, e o Dr. Abel Parente campeie triunfante sobre as armas partidas de seus contendores, ainda assim não teremos sido derrotados; continuará de pé o nosso protesto porque, vitorioso perante a lei, triunfador ante a ciência, continuará como réu ante a moral e a probidade científica.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:47)

São descritos, então, os erros cometidos pelo acusado. Ao que parece, a questão da probidade científica, neste caso, diz respeito à publicidade e ao mercantilismo. Abel Parente é acusado de privilegiar o interesse próprio, ao anunciar nos jornais a sua descoberta:

> *a beca respeitável do médico caiu-lhe dos ombros, no dia em que, esquecendo os deveres do seu sacerdócio, ele fez reverter em seu benefício próprio o interesse geral da humanidade, vindo mercadejar com o governo a publicidade de seu invento a troco de alguns punhados de ouro!* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:48)

Volta-se também à idéia de que a esterilização poderia ser um incentivo à prostituição. E defende-se que, caso o médico seja obrigado a praticar alguma operação com esse fim, o segredo deve ser mantido:

Se as tais contingências da humanidade sofredora arvorarem-se por vezes em imperiosa indicação de aniquilar para sempre a mais nobre função da vida, o que, felizmente, bem poucas vezes acontecerá, é no segredo do lar doméstico que o médico, o sacerdos magnus *desse templo inviolável, sacrificará, nas asas da ciência, os futuros cidadãos da pátria, para assim beneficiar e garantir a vida daquela a quem a natureza vedou o direito da maternidade; e praticando a delicada operação ele não precisa nem deve trazê-la ao conhecimento do povo.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:48)

Deve-se ocultar do povo, mas jamais da classe médica. Esta deve ser informada de qualquer caso que requeira esterilização ou mesmo aborto, para que, em conjunto, decida sobre a atitude a ser tomada. Abel Parente teria pecado nos dois sentidos: anunciou seu invento nos jornais e não o submeteu ao julgamento da classe médica. É nisso que a sua descoberta parece ser tão ofensiva:

Transpor esses limites [do segredo público], ocultá-la à classe médica que a deveria julgar, anunciá-la à sociedade preconizando-lhe os benefícios, isentando-a de perigos e cercando-a de reclamos, é atirar um insulto às faces do público e dos médicos, ofendendo a moral e ferindo o pudor da mulher que o parteiro deve, acima de tudo, respeitar! (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:48)

Depois do relatório, a publicação da Sociedade de Higiene do Brasil ainda traz as atas das sessões extraordinárias que trataram do caso. Desse material, vale destacar os dados apresentados pelo Dr. João de Sant'Anna. Extraindo estatísticas do *Glaeveck Archiv Für Gynaekologie*, ele pretende provar os males causados pela esterilização no plano mental. Transcrevo os dados apresentados:

Resultados da castração ovariana reclamada por graves moléstias do órgão: 66,7% das operadas começaram a sofrer das faculdades intelectuais; em três destas doentes desenvolveu-se uma verdadeira psicose, tendo havido necessidade de encerrar uma delas em um estabelecimento de alienados. Respeito à castração uterina diz a mesma estatística: nenhuma alteração de espírito – 46,4; depressão de espírito – 38,4. (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:55)

Contudo, parece que o grande acontecimento teve origem na participação do Dr. Chapot Prevost em uma das sessões. Ele diz ter comparecido à reunião porque sentia sua moralidade particular ferida e pretendia acrescentar ao caso Abel Parente a indignação com dois outros médicos da Sociedade de Higiene do Brasil, que estavam publicando um 'pasquim obsceno sobre ginecologia'. Francisco Fajardo levanta-se e diz que esses médicos também devem ser denunciados. Diante dessa ameaça contra membros da própria Sociedade, surgem vários protestos, segundo os quais os autores já deveriam se sentir suficientemente constrangidos e, portanto, arrependidos do que teriam feito. A isso segue-se a revolta de Fajardo, que abandona a sessão e declara abandonar também a Sociedade, no que é acompanhado por Chapot Prevost e muitos outros colegas. A sessão é interrompida e só tem prosseguimento em 18 de fevereiro. Nesta data, acrescenta-se mais um relato acusatório a Abel Parente. Trata-se do caso de Theodolina Gonzaga da Silva, morta depois de receber curativos de Abel Parente, que

teria dito que ela ficaria boa e não geraria mais filhos. Nesta sessão também se decide a publicação de todos os documentos em um compêndio com tiragem de 2.000 exemplares, e propõe-se a seguinte moção:

> *A Sociedade de Higiene do Brasil, depois de ouvir a leitura do relatório do Dr. Publio de Mello e parecer da Seção de Salubridade Pública, espera (...) que as autoridades competentes, para salvaguardar os intuitos da saúde pública e da moralidade social, cumpram o seu dever.* (Sociedade de Higiene do Brasil, 1893:61)

As Defesas: em nome da ciência e do livre arbítrio

Na opinião da Sociedade, cumprir o dever era o que o então diretor da Diretoria Sanitária, Dr. Francisco de Castro, deixara de fazer. Em seu despacho, rapidamente livrara Abel Parente de qualquer culpa. Mas, diante de tantos protestos, viu-se novamente obrigado a tecer considerações sobre o caso. Publica então o livro *O Invento Abel Parente no Ponto de Vista do Direito Criminal, da Moral Pública e da Medicina Clínica*, ainda em 1893. Neste volume, em que Francisco de Castro se apresenta como lente catedrático da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e chefe da Diretoria Sanitária da Capital Federal, é elaborado um primoroso inventário de todas as acusações envolvidas na questão Abel Parente. A todas elas, o eminente médico responde com profundidade, indo buscar suas justificativas em diferentes campos do conhecimento, prova de sua grande erudição.[10]

Constituiu a mais vibrante e competente defesa do caso. Elaborada pela autoridade sanitária, provavelmente foi o que fundamentou, ou pelo menos influenciou, o parecer da Promotoria Pública que inocentou Abel Parente. O que interessa particularmente aqui é que o livro condensa os argumentos que na época poderiam ser acionados em favor da esterilização da mulher. Ou, ainda, ao tentar responder à extensa gama de denúncias aqui citadas, é um conjunto exemplar de elaborações sobre questões referentes à sexualidade, à mulher, à prática da medicina etc. É com o intuito de explicitá-las que passo agora a uma breve resenha do livro.

Como o próprio título indica, Francisco de Castro pretendeu tratar o assunto de vários pontos de vista. O primeiro é o do direito criminal, que merece dois capítulos: I. Do aborto criminoso e II. Castração. Mutilação. Lesões corporais. O primeiro capítulo foi escrito com o intuito de livrar Abel Parente das acusações de realizar aborto, decorrentes de uma confusão entre esta prática e a esterilização, como diz o próprio Francisco de Castro:

> *Não acabo comigo de entender por que série misteriosa de equívocos e inversões se chegou a esta confusão típica de assemelhar uma tentativa científica destinada a produzir a esterilização, com a entidade criminal do aborto, que pressupõe a fecundidade, e só na constância dela se pode verificar.* (Castro, 1893:6)

Pretendendo desfazer a confusão, ele esclarece:

Esterilidade (...) é a qualidade do organismo incapaz de frutificar; o estado do homem que não gera, ou da mulher púbere que não concebe. Eis a situação fisiológica que o processo Abel Parente se propõe a determinar artificialmente em indivíduos do sexo feminino.
O aborto (...) é a perda ou malogro do fruto produzido. (Castro, 1893:7)[11]

Francisco de Castro não encerra a questão aí. Ele cita os códigos penais de vários países para reafirmar que o que está em jogo quando se fala de aborto é a morte de um embrião que já existia:

Todas as legislações e todos os autores são acordes em que não há aborto sem prenhez, porque o aborto é o crime contra o embrião nas entranhas maternas (...). Logo, a invenção científica de eliminar a hipótese de parto, eliminando a de feto, e eliminando a de feto eliminando a faculdade geratriz, é a antítese absoluta do aborto. (Castro, 1893:13-14)

E quanto ao nosso Código Penal de 1890, Francisco de Castro diz que ele pune quem tem a intenção de fazer abortar a mulher grávida. E prossegue:

Logo, onde não há o intento de ocasionar o aborto, onde o que se dá, pelo contrário, é o fito de evitá-lo, inibindo a concepção, na ausência da qual o aborto é irrealizável, e insensata a própria idéia de promovê-lo, – não se pode, a não ser por confusão, invocar a sanção penal do art. 300. No direito, científico ou positivo, como na lógica usual, prevenir *e* abortar *são concepções que se repelem e excluem; porquanto a última supõe o desenvolvimento de um fato, o malogro de uma realidade iniciada, cujo advento possível a primeira se ocupa em cortar antecipadamente.* (Castro, 1893:19-20. Grifos do autor.)

No segundo capítulo do livro, a tática também é diferenciar o método proposto por Abel Parente das disposições contidas no Código Penal. Quanto à castração, Francisco de Castro diz que ela não se confunde com a simples privação da faculdade de gerar. A operação de extração dos ovários já praticada, e que poderia ser definida como castração, não tem nada a ver com o processo inventado por Abel Parente, que não extrai os órgãos reprodutivos. E, além disso, este é realizado em acordo com a vontade da paciente, não constituindo, dessa forma, nenhum tipo de crime. Mais do que isso, o autor chega mesmo a falar em preservação da 'parte sensória da função sexual' e de sua importância para as relações recíprocas do casamento. Certamente, o texto que segue, ao tratar do sexo como uma atividade importante dentro do casamento mesmo sem haver procriação, anuncia diferenças em relação às concepções dos médicos que escreveram os pareceres acusatórios na polêmica Abel Parente:

Destarte a própria castração *se absolve, quando operada com o assento do castrado, se destina a beneficiá-lo, evitando-lhe sofrimentos maiores. Onde, portanto, a criminalidade, num processo, operatório ou médico, que, inspirando-se no mesmo pensamento benfazejo, e chegando a resultado equivalente, mantém a integridade orgânica aos membros genitais, esquivando os inconvenientes da castração, que destrói a virilidade, e constitui, ao mesmo tempo, um ferimento grave, capaz de produzir a morte? Num processo que previne a concepção, sem desfigurar o corpo, sem roubar ao homem ou à mulher a parte sensória da função sexual (parte*

esta conservada até na castração), sem inabilitá-los para as relações recíprocas do casamento? (Castro, 1893:25. Grifo do autor.)

Quanto à questão das lesões corporais e mutilações, Francisco de Castro sugere que seria considerada crime a prática que supusesse o constrangimento da paciente, intenções de prejudicar e efeitos nocivos, fatos que não se dão no caso da esterilização. Tem destaque na sua explanação a idéia da voluntariedade, de que a mulher é quem faz a escolha de tornar-se infecunda e de que, de fato, isso constituiria um direito seu. A partir deste ponto, é possível sugerir que o médico deixa de ser responsabilizado e a mulher é considerada como sujeito da decisão. Isso parece uma novidade, quando comparado com os discursos dos pareceristas que tratavam da esterilização como uma decisão tomada quase que exclusivamente entre médicos e maridos. Vale notar o que o autor afirma sobre isso:

Mas, até hoje, perante as leis escritas, em toda parte, a fecundidade da mulher constitui um patrimônio seu, de que nada, a não serem os laços da disciplina conjugal, a inibe de dispor. E o cúmplice, o auxiliar no uso desse arbítrio, é tão responsável, em face da justiça humana, como o indivíduo que ajuda o seu semelhante a se desembaraçar de um membro inútil, incômodo ou perigoso. Todos nós temos essa licença natural, e podemos delegá-la em mãos prestativas. Se essas eram profissionais, ou se curiosas, tiveram a fortuna de servir-nos habilmente, sem que a nossa vida periclite, ninguém pode ir buscar nas cicatrizes da mutilação corpo de delito contra o operador ou o agente do mutilado voluntário. (Castro, 1893:32-33)

Ainda nesse capítulo, Francisco de Castro trata mesmo de defender a esterilização em situações em que a gestação pode ser considerada prejudicial. Para ele, torna-se dever da ciência procurar meios que impeçam a propagação de males, que ocorreria nos casos em que a procriação servisse para reproduzir degenerados:

Se há séries de casos incontestáveis, em que a faculdade de gerar se torna contraproducente, isto é, contribui não para a vida, mas para a morte, não para a elevação da mulher, mas para a sua miséria, não para o desenvolvimento da espécie, mas para a sua decadência, não para a multiplicação do homem, mas para a multiplicação da peste, – a obrigação da ciência é cavar, nos seus estudos, à procura dos meios de acudir a esse mal, paralisando, nos degenerados, a função orgânica que deixou de servir aos seus fins naturais, para os contrariar. (Castro, 1893:36)

No último parágrafo do capítulo, o autor chega mesmo a expressar diretamente o lugar de onde está falando. Um lugar de baluarte da modernidade, onde ciência e progresso andam juntos e libertos de certas amarras. Segundo Francisco de Castro, a ciência precisa romper com a tradição servil que lhe persegue “apoiada habitualmente nas preocupações estéreis de uma falsa moralidade, de uma falsa religião, ou de um falso saber” (Castro, 1893:37).

A segunda parte do livro é dedicada ao estudo do caso Abel Parente do ponto de vista da moral pública. E inicia com uma discussão sobre o malthusianismo. Francisco de Castro compactua com o diagnóstico de Malthus – para ele, outro homem da ciência que sofreu preconceitos, apesar de suas boas intenções –, o qual afirma o

desequilíbrio entre a progressão geométrica da espécie e a razão aritmética da expansão dos meios de subsistência. Concorda também que a solução para tal fenômeno é investir na prevenção da concepção. Mas discorda no que se refere à forma dessa prevenção. Para Castro, o problema é que Malthus confiou demais na eficácia da razão sobre os instintos, não percebendo a dificuldade ou a quase impossibilidade de contê-los. E, do seu ponto de vista, já que os instintos sexuais não podem ser contidos, a solução é evitar que do intercurso sexual resulte uma prole numerosa. Além disso, embasado em autores estrangeiros, diz que não se pode prescrever a castidade, pois esta é prejudicial tanto para os homens quanto para as mulheres. Por ser contra a natureza, pode resultar em moléstias genitais e histerismos. Assim, Francisco de Castro conclui:

> *A fórmula de Malthus passou, em conseqüência, por uma transformação profunda. Já o* desideratum *não é dificultar os casamentos, mas facilitá-los, não é subordiná-los à lei da privação sexual, mas à da limitação da paternidade na união dos sexos.* (Castro, 1893:50)

Para reforçar seu argumento, lembra que no Concílio de 1870, o clero da França, assim como alguns protestantes ingleses, defendeu a 'prevenção prudencial'. Portanto, não seriam imorais as tentativas de fazer sexo sem procriação. O que é imoral, afirma contundentemente o autor, é multiplicar indefinidamente a prole e abandoná-la aos cuidados da sociedade. Francisco de Castro afirma que não há diferenças entre a prevenção periódica, de que até os religiosos falam, e a esterilização definitiva da mulher. E que esta última ainda tem muitas vantagens em relação à primeira. No caso da degeneração, em que vários males poderiam ser transmitidos à prole, o que poderia o homem fazer?

> *Continuar a procriar bestialmente como os animais padreiam, descuidados de sua prole? Formar, com a esposa, votos de castidade monástica? Ou, condenando-a à provação do celibato no casamento, correr na rua após as satisfações fáceis do prazer venal? A primeira destas soluções é digna dos brutos. A segunda seria um desafio impotente contra a natureza. A terceira faz da prostituição a sucursal da família. Mas fora delas só há uma alternativa: a da coabitação improlífica; e esta só se obtém de dois modos: ou pela interceptação do gérmen na junção sexual, ou pela esterilização orgânica da mulher. E, ante o pudor, ou ante a ciência, em que é que a primeira poderá levar vantagem à segunda? A mim se me antolha o contrário. O uso das prevenções malthusianas na luta conjugal muitas vezes correrá o risco de descair nessas 'impurezas do casamento'* (les flétrissures du mariage) *a que aludia o autor de* Madame Bovary *no seu célebre romance. A supressão da fecundidade na mulher, não; porque essa deixa às relações sexuais a sua integridade, a sua plenitude, todas as suas condições de satisfação e naturalidade.* (Castro, 1893:66)

Outro ponto tocado nesse capítulo sobre a moralidade pública é o da ética médica. Francisco de Castro pondera que a acusação que fazem contra Abel Parente – de decidir sobre a esterilização e usar o seu método sozinho, sem o debate com os colegas – não se justifica diante do que é recorrente na prática médica. Segundo ele, em muitas outras questões, tão ou mais delicadas que a da esterilização, sempre se confiou ao médico o poder de decisão, e não seria aquele o momento de passar a restringi-lo. Nesse sentido, diz o autor, a propósito dos meios abortivos:

Meios abortivos há que não deixam vestígios da sua aplicação: a massagem, as duchas, as correntes elétricas. De tudo isso dispõe o médico para o bem e para o mal. Mas, se lhe quiserdes tolher previamente *a possibilidade do mal, ter-lhe-eis vedado absolutamente a prática do bem; e, impedindo o uso lícito, a prevenção ocasiona uma soma de desgraças infinitamente maior do que as que se poupam, impossibilitando eventualidades de abuso, aliás sempre sujeitas à repressão ulterior. A repressão moraliza a medicina, que a prevenção paralisaria.* (Castro, 1893:76. Grifo do autor.)

Outra questão referente à ética médica é a da relação entre o médico e a paciente e o grau de imoralidade que ela pode envolver. Quanto a isso, Francisco de Castro observa que, em geral, essa relação é sempre passível de causar melindres. E cabe ao médico vencer certos pudores em nome do bem comum:

Em tudo quanto diz respeito às relações da medicina com a sexualidade feminil e a maternidade, o melindre é o mesmo. O pudor, o recato do sexo levantam, a cada passo, tropeços ao médico e ao cirurgião. Mas esses empecilhos cedem sempre às exigências da necessidade, que aliás não excluem no homem de ciência a reserva, o tato, o respeito desses sentimentos delicados e dessas conseqüências severas. Nesta região dos seus domínios a liberdade da ciência não pode ter outras fronteiras senão as da utilidade humana. Há nada que aparentemente afronte a decência e submeta o pejo a provações tamanhas como esse invento da ginecologia hodierna, a fecundação artificial*?*
A fecundação artificial é a procriação mediante o concurso de um operador, cuja intervenção corrige os desvios do processo natural na reprodução do homem. O marido fornece o princípio seminal, a substância fecundante, que o prático, por uma combinação operatória, encaminha e leva à cavidade uterina, para determinar o contato do gérmen viril com o óvulo. (Castro, 1893:77-78. Grifo do autor.)

O autor acrescenta que esse método foi apreciado pela Sociedade de Medicina Legal francesa e que uma comissão não o julgou ofensivo à moral. Para Francisco de Castro, se isso – a intervenção de um terceiro no processo de copulação/fecundação – não é considerado imoral, como então a esterilização poderia sê-lo?

Ele conclui dizendo que a lei não pode impedir a ciência de ajudar as pessoas. E praticamente propõe que há meios naturais que regulam o uso de novas práticas. Diferentemente dos pareceristas que viam no invento Abel Parente a porta aberta para a prostituição, Francisco de Castro defende que ele pode ter um bom uso. Os primeiros parecem pressupor que as mulheres não têm controle, não são capazes de gerir com responsabilidade suas escolhas, mas, ao contrário, apenas se abandonam aos instintos mais primitivos, não podendo, portanto, fazer um bom uso de um método de contracepção. O segundo acredita no livre arbítrio do casal, na ética do médico e na punição dos excessos, como meios de controlar a nova prática, que ele mesmo considera uma vitória da ciência e da sociedade. Além disso, garantias muito mais profundas impedem que a humanidade se extinga. Vejamos o que diz a respeito:

O homem e a mulher têm nos instintos da sexualidade, nos prazeres da família, nas seduções da paternidade, na ambição de sobreviverem a si mesmos, a mais poderosa garantia para a conservação e a reprodução da espécie. A essa juntai

a honorabilidade profissional do médico, e o espírito vigilante de sua classe. Acrescentai a responsabilidade positiva nos desvios e excessos que atravessam a órbita das leis penais. E tereis reduzido o uso da esterilização preventiva aos limites honestos da necessidade. (Castro, 1893:80)

O último capítulo do livro de Francisco de Castro trata da questão das indicações científicas para a esterilização. Mais uma vez o autor recorre à sabedoria de seus mestres para afirmar que, em muitos casos nos quais a concepção poderia trazer males para a gestante ou para a sociedade, o melhor remédio é a prevenção por meio da esterilização. Neste campo considerado mais propriamente científico, Francisco de Castro utiliza dois argumentos, entre outros já citados em capítulos anteriores, que merecem ser abordados. O primeiro refere-se à consideração de que a esterilidade não é prejudicial à mulher. Diferentemente dos acusadores de Abel Parente, neste caso a reprodução é vista como uma função corporal menos fundamental do que as outras, o que faz com que possa ser suprimida sem maiores conseqüências, até porque a ovulação continua existindo, independentemente da real possibilidade de fecundação:

É de vulgaríssimo conhecimento que mulheres naturalmente estéreis nenhum sofrimento acusam em conseqüência desta situação hígida especial. A concepção não é uma função comparável à respiração ou à digestão, à circulação ou à secreção; é um atributo eventual, episódico, contingente, transitório, de uma função, que é a ovulação, caracterizada pela queda do óvulo no interior das trompas. Pode haver ovulação normal sem fecundação; a fertilização do óvulo, é, pois, um acidente. (Castro, 1893:126)

O segundo argumento a ser destacado nesse capítulo refere-se ao que poderíamos chamar hoje de historicidade da ciência. Francisco de Castro desenha um tratado sobre a história da medicina que ao longo dos séculos vem trazendo à tona descobertas anteriormente consideradas impossíveis. Seu texto sugere que, assim como muitos outros fenômenos e técnicas, o método de esterilização que ora se discute passa pelos mesmos embates por que já passaram outras grandes descobertas, só posteriormente reconhecidas como legítimas. Acrescenta que, sem dúvida, também neste caso o tempo escolherá aqueles que estiveram do lado do progresso científico (Castro, 1893).

O livro termina com as conclusões gerais. Nelas, Francisco de Castro resume seus pontos de vista, dizendo que não vê elemento de criminalidade e nem atentado aos costumes no caso Abel Parente. Nenhuma prova desabona a eficácia do invento, que também não tem conseqüências mórbidas. Muito pelo contrário, serve a várias indicações profiláticas, médicas e ginecológicas.

É interessante que, como o livro se pretende um estudo completo do caso, o autor transcreveu, a título de apêndice, a 'promoção' dada por Francisco José Viveiros de Castro, então 1º promotor público do Distrito Federal. Nesse documento, o promotor diz que requereu inquirição policial sobre o caso, na qual foram ouvidos especialistas no assunto.[12] Diante da ausência de provas e não havendo dispositivo legal em que Abel Parente pudesse ser mencionado, o inquérito acabou sendo arquivado em 28 de maio de 1893.

Esse dado parece provar que o caso logo foi resolvido, e sem dar margem a dúvidas ou conseqüências. Mas, não foi bem assim. O debate, pelo menos entre os médicos, continuou aceso. Prova disso é o artigo do Dr. Souza Lima, também transcrito por Francisco de Castro, que em julho de 1893 ainda discutia o assunto. Nele, o presidente da Academia Nacional de Medicina apontava os erros do estudo de Francisco de Castro. A esses ataques, o autor responde reforçando os argumentos que já havia exposto com mais delongas no decorrer do volume.

Os Debates: a mulher contra a sociedade

Esse dado mostra, aliás, como o caso teve repercussões na própria Academia Nacional de Medicina. A análise de seus boletins prova que o invento Abel Parente ocupou os acadêmicos durante muitos meses. Nas sessões da academia entre 23 de março de 1893 e 20 de junho do mesmo ano, o caso foi tema central. Na primeira, foi lida uma carta de Publio de Mello na qual constava o seu protesto apresentado na Sociedade de Higiene do Brasil, além de uma solicitação de que a academia se pronunciasse. Uma comissão composta pelos Drs. Souza Lima, Rodrigues dos Santos e Alfredo Nascimento foi nomeada para responder aos quesitos propostos por Publio de Mello. Na sessão de 13 de abril foi apresentado um projeto das respostas, o qual acentuava a impossibilidade de se proceder à esterilização sem causar danos e a imoralidade que o invento pressupunha. O trecho que se segue indica como o parecer da comissão se assemelha ao próprio protesto de Publio de Mello, especialmente no que tange à associação entre esterilização e prostituição:

> *Certamente que essa conduta por parte de um médico atenta contra a moral privada e pública, açulando e favorecendo a prática freqüente de relações sexuais ilícitas, sob a apregoada garantia da imunidade quanto à gravidez consecutiva, que é sem dúvida o espantalho, o freio mais eficaz contra o desenvolvimento da prostituição clandestina; ela tomaria necessariamente proporções assustadoras com a vulgarização de um meio capaz de impedir realmente e para sempre a concepção.*
> *É pois um elemento corrosivo do pudor, que as leis criminais defendem contra todo e qualquer atentado.* (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1893, (13-14):68)

Um outro argumento também reapresentado é o de que a esterilização diminuiria a natalidade, indo contra os interesses da sociedade:

> *Sem dúvida que, admitida e introduzida a prática livre da medicina, a aplicação de um meio qualquer apropriado a esterilizar perpetuamente a mulher, nos numerosos casos anunciados como indicações para o emprego deste meio, o resultado seria inevitavelmente a diminuição da natalidade; o que importa um atentado contra os interesses da sociedade civil, que se desenvolve e revive pela reprodução da espécie.* (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1893, (13-14):68)

O parecer elaborado pela comissão passa, então, a ser discutido pelos acadêmicos. Quem de fato toma uma posição discordante é Erico Coelho. Apresentando-se como o ginecologista indicado pela polícia para avaliar o caso, ele ocupa mais de uma sessão da academia (20 e 27 de abril de 1893) apontando as falhas e contradições do texto da comissão, que diz ser de um "apriorismo desolador" (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1893, 15-16:76). O seu depoimento é extremamente interessante, pois nos revela uma outra faceta da defesa de Abel Parente. Ele é importante não só porque pretende desconstruir o parecer da comissão oficial da Academia Nacional de Medicina, mas, especialmente, porque traz novos elementos sobre a esterilização e sobre a mulher. De uma forma distinta da de Francisco de Castro, que argumentou a favor de Abel Parente mais preso a dados que chamava de científicos, Erico Coelho traça um verdadeiro ensaio filosófico-sociológico sobre o que considerava a condição da mulher.

Em todo o discurso fica evidente que a única acusação que mantinha a Abel Parente era o fato de este não ter compartilhado publicamente, com os seus pares médicos, a descoberta do novo método. Além desse, não vê motivos outros para condená-lo. E quanto às tão exaltadas questões morais usadas pelos seus colegas para a acusação, sua posição é bastante contrária. Diz que não acha a esterilização da mulher tão desmoralizadora da sociedade quanto outras práticas, como a fraude sexual e o aborto. E segue fazendo uma comparação entre o peso do parto para as mulheres e o da guerra para o soldado:

> *Napoleão dizia que o parto está para as mulheres como a guerra está para os homens. De fato, só ao imposto de sangue, que o cidadão é obrigado a pagar nos campos de batalha, em defesa da pátria, se pode comparar essa outra contribuição de sangue, que à maternidade a cidadã paga, não pelo tempo de cinco ou pouco mais anos, como está estabelecido geralmente para o serviço militar, mas durante longos anos, os melhores de sua vida, em proveito da coletividade.*
> *Pois não será permitido à mulher dar a sua baixa como o soldado no fim de certo prazo, em atenção aos seus bons serviços como reprodutora, dispensando-se de mais atributos que, à custa de sofrimentos e de trabalhos penosíssimos, é obrigada naturalmente para povoamento do solo, de sorte a poder se entregar mais desafogada à criação e educação dos filhos, na medida dos recursos de sua família?* (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, (16-17):75, 1893)[13]

Essa analogia entre impostos de sangue e a idéia da mulher como cidadã dedicada à pátria certamente soam como novidades para a época, ou pelo menos nos discursos que temos visto. Contudo, novidade maior ainda vem com suas referências sobre o parto. Ao contrário de concepções, que parecem ser mais gerais, da maternidade como dignificadora e função absolutamente natural da mulher e de seu corpo, Erico Coelho prega as mazelas decorrentes dos partos sucessivos:

> *Demais a ela* [a matéria tratada] *se prende a questão médica da multiparidade como motivo da ruína progressiva do organismo, prejuízo tanto mais de se recear quanto maior é a penúria da proletária.*
> *O professor Robert Barnes com razão qualifica o trabalho de reprodução na mulher, como a provação mais rude pela qual pode passar o organismo huma-*

no, tão profunda é a alteração que a gestação determina, fibra a fibra dos tecidos, gota a gota dos humores*, na frase expressiva do professor Tarnier.* (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1893, (16-17):75. Grifo do autor.)

A gestação, longe de ser a glorificação do corpo feminino, parece muito mais com a possibilidade de sua destruição, nos seus mais íntimos e profundos recantos. A partir deste ponto, Erico Coelho só poderia concluir pela recomendação ou mesmo pela necessidade da esterilização:

Em vista disso, o orador não está longe de admitir que, independentemente de estados patológicos, à mulher, cujo organismo está sendo estragado no penosíssimo labor da reprodução, que se sente ameaçada de ruína no seu físico e no seu doméstico, em conseqüência de gestações sucessivas, deve ser lícito recorrer à medicina no intento de se esterilizar temporariamente, senão definitivamente, já se vê, com aquiescência do consorte, dado que ela viva no regime do matrimônio. (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1893, (16-17):75)

Outra crítica que Erico Coelho faz ao parecer da academia refere-se à função social da mulher como procriadora. Não se pode deixar de notar como deve ter causado furor o argumento de que a mulher tem outras funções sociais, mesmo que seja a de ornamento da sociedade, consideradas mais importante do que a função biológica da reprodução. Aliás, nesse conjunto de discursos analisados, Erico Coelho parece ser o primeiro a distinguir claramente uma função social de uma função biológica da mulher. Vale notar ainda, contudo, como o que é considerado biológico ou instintivo é extremamente rígido, alheio à intervenção do social, como no caso da ama mercenária:

A comissão da Academia classifica a gestação de função social da mulher; outro erro.
A reprodução não é função social, mas animal. A gestação é obra animal da fêmea do homem. A amamentação, mesmo como complemento da procriação, não é apanágio social da mulher, é ato instintivo da animalidade.
Ninguém dirá que a mulher que dá de mamar a troco de dinheiro, a ama mercenária, pratica um ato social: está no mesmo caso da cabra quando oferece as tetas à criança.
Quer parecer ao orador que o órgão acadêmico encarece a mulher mais a título de reprodutora e besta de carga, deixando de apreciá-la nas suas funções sociais, propriamente ditas, isto é, como esposa ou fiel companheira do homem; como mãe a quem incumbe cerca de mil cuidados na criação dos filhos, bem como educá-los; por último, como o mais caro ornamento da sociedade, por sua beleza, graça, dotes de coração e de inteligência. É lamentável que a comissão seja tão pouco gentil para com o sexo feminino. (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, (1893, 15-16):78)

É interessante que o texto de Erico Coelho mostra como argumentos em favor da esterilização da mulher, visando a livrá-la do extenuante trabalho das gravidezes sucessivas, se articulam com concepções de sua função social – a de ser, entre outras coisas, esposa e companheira do homem e ornamento da sociedade. Ao mesmo tempo, ele considera que uma ama-de-leite faz o seu trabalho por instinto. E enquanto os atributos femininos são elencados em torno da graça e beleza, como era de se esperar para a

época, é de chamar a atenção que a inteligência também seja citada, o que certamente seria duvidoso para alguns contemporâneos de Erico Coelho. O que se pretende enfatizar aqui é a complexidade desse jogo de argumentos, que precisam ser entendidos pelo sentido que faziam em relação a muitos outros que estavam em curso na época, e não por uma avaliação mais dualista provocada pela sentença dos anos, que tende a definir o que era conservador ou moderno.

E quanto à esterilização como porta aberta para a prostituição, Erico Coelho segue surpreendendo. Em um tom bastante irônico, questiona a ligação entre os dois fenômenos e se pergunta sobre o fraco alcance da moral:

> *O orador nunca pensou que a apreensão de engravidar servisse de travão da prostituição clandestina. A que fica reduzida a tua influência, oh! moral tão falada?* (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1893, (15-16):78)

E o autor continua dizendo que não é o espantalho da concepção, apregoada pela comissão da academia, que pode servir de obstáculo à prostituição, mas sim a abertura de maiores oportunidades às mulheres. Vê-se aí uma defesa veemente da educação liberal da mulher, da sua profissionalização, inclusive ascendendo a postos públicos e dividindo a manutenção da família:

> *A precaução eficaz da desmoralização do feminino consiste em franquear-lhe todos os campos de atividade, em abrir-lhe todas as carreiras, por mais brilhantes ou por mais obscuras que sejam, inclusive lugares na administração pública, em suma, depende da educação liberal da mulher, de sorte que em vez de ser ela a eterna pupila senão a carga do homem, seja a sua êmula nas lutas da inteligência, posto não possa competir com ele na força do braço.*
> *Quando o edifício pesaroso da família puder ser amparado pecuniariamente pela mulher, quando ela tiver franca a porta da rua para prover dignamente os meios de subsistência, não sairá do lar doméstico pela janela da prostituição clandestina, para ajudar o consorte a alimentar os filhos, como acontece para vergonha da sociedade.* (*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1893, (15-16):78).[14]

Depois de todos esses novos elementos, Erico Coelho propõe à Academia Nacional de Medicina um substitutivo ao parecer da comissão anterior. Transcorre, então, muita discussão, e decide-se em sessão de 25 de maio formar uma nova comissão, composta por Alfredo Nascimento, Francisco Fajardo, Ismael da Rocha e Erico Coelho.[15] Na sessão de 8 de junho é lido o novo parecer, que, em síntese, mantinha as características do primeiro. Apenas é de se notar um tom muito mais ambíguo, como estratégia para se esquivar de algumas acusações. Como as mudanças sugeridas por Erico Coelho não foram feitas, este, ao assinar o parecer, exigiu que constassem ao lado de seu nome os termos 'vencido e pesaroso'. Apesar disso, o novo parecer foi aprovado integralmente pela academia.

No ano de 1893, esses parecem ter sido os últimos acontecimentos registrados em torno do caso Abel Parente. Mesmo não sendo condenado pela Justiça ou pela Diretoria Sanitária, as duas associações médicas envolvidas – a Sociedade de Higiene do Brasil e a Academia Nacional de Medicina – repreenderam veementemente o comportamento do médico e seu novo método. O recuo histórico não nos permite saber sobre as conseqüên-

cias mais cotidianas que o caso teve, que outras disputas pessoais ainda subsistiram em torno dele, se o médico Abel Parente continuou sendo procurado e fazendo uso de seu invento. Mas, o passar dos anos nos trouxe provas de que as conseqüências do acontecimento não se restringiram aos fatos de 1893, o que certamente dá uma idéia da sua importância. O caso parece ter interferido na trajetória de alguns de seus participantes de maneira singular, como, por exemplo, o que aconteceu com Francisco de Castro.

Em 1894, o diretor da Diretoria Sanitária estava novamente envolvido em uma polêmica pública sobre o destino daquele órgão e a divisão e ocupação das cadeiras de ginecologia e obstetrícia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O então deputado federal Furquim Werneck, ao que parece interessado no fechamento da Diretoria Sanitária, trava um embate com Francisco de Castro por meio dos jornais. E um dos principais argumentos evocados por Werneck é a imoralidade do seu oponente, especialmente pela participação que teve no caso Abel Parente. Werneck até chega a chamar Castro de 'o propedeuta esterilizador'. Em um compêndio intitulado *Polêmica Pessoal*, publicado ainda em 1894, Francisco de Castro se defende das acusações e não deixa de ser sintomático que comece o livro transcrevendo suas conclusões da publicação anterior sobre o invento Abel Parente. Por várias vezes ainda Abel Parente voltaria à cena ou suscitaria polêmicas.

Novos Acontecimentos: o acusado chega ao tribunal

Na compilação de casos excepcionais na história da obstetrícia no Brasil que faz Fernando Magalhães (1922), têm destaque não só os embates de 1893, mas também uma nova onda de acontecimentos ocorridos em 1900 e 1901. Neste período, Abel Parente voltaria a ser alvejado e se tornaria mais uma vez o centro de uma grande polêmica. Os demais personagens envolvidos em 1893 também retornam à cena. É o caso do Dr. Alfredo Nascimento. Foi ele quem levou o novo fato à Academia Nacional de Medicina e é graças aos seus relatos que podemos conhecer a continuação desta história. Alfredo Nascimento descreve a trajetória de acusação e condenação de Abel Parente, desta vez por ter enlouquecido D. Maria Antonieta de Figueiredo Brito, uma de suas pacientes, com seu método de esterilização. Ainda no ano de 1900, a distinta senhora da alta sociedade carioca, moça robusta e sã de 25 anos, foi procurar o ginecologista italiano em seu consultório, movida pelas 'perniciosas sugestões' de outras esterilizadas. Mediante o acerto do pagamento de dois contos de réis, submeteu-se ao processo esterilizador, sem sindicância de qualquer ordem pelo médico e sem que o marido viesse a saber do fato. Na seqüência das intervenções que o tratamento exigia, a paciente foi acometida de fortes dores uterinas, às quais se seguiu um aborto presenciado por pessoas da sua família. Abel Parente, chamado para socorrer a paciente, negou que tivesse ocorrido um aborto, dizendo tratar-se apenas da expulsão de tampões empregados por ele. D. Maria Antonieta, tendo se restabelecido, voltou várias vezes ao consultório do Dr. Parente, até que no final do ano começou a sentir incômodos acentuados, passando a sofrer de uma 'psicose depressiva' que depois veio a se transformar em 'completa loucu-

ra', manifestada por meio de 'violentos acessos de loucura furiosa'. A essa altura, a família solicita a presença de outro médico, o próprio Alfredo Nascimento. Diante do fato, Nascimento convoca uma conferência médica,[16] na qual tomaram parte os doutores Fernando de Magalhães, Candido de Andrade, Marcio Nery, Oscar de Souza e Abel Parente (*Brazil Medico*, 1901; *Annaes da Academia Nacional de Medicina*, 1901).[17]

Na conferência, Abel Parente é acusado de ter provocado a loucura da paciente. Defende-se dizendo que D. Maria Antonieta já era portadora de uma tara hereditária. Nascimento contesta, afirmando que embora isso fosse verdade, a paciente jamais havia manifestado sua loucura anteriormente, o que só ocorreu a partir das intervenções do médico italiano. Além disso, para provar que suas desordens mentais estavam ligadas à esterilização, diz que a paciente apresentava hipertensão arterial em conseqüência da supressão das regras causada pela esterilização e que seus delírios giravam sempre em torno de idéias eróticas (*Brazil Medico*, 1901). Essa relação entre problemas nos órgãos sexuais, loucura e manifestação de desejo erótico certamente será central para o decorrer deste processo e de outros semelhantes.

Em um artigo denominado Psicose Consecutiva à Esterilização, publicado na seção de psiquiatria do *Brazil Medico* por Marcio Nery, em dezembro de 1900, vemos essa questão desenvolvida.[18] O professor Marcio Nery havia participado da conferência convocada por Alfredo Nascimento sobre o caso de D. Maria Antonieta e julga necessário demonstrar com pormenores a conexão entre a loucura da paciente e a intervenção operatória a que ela se submeteu. Nery é o único autor que descreve, infelizmente sem detalhes, a natureza da operação praticada por Abel Parente. Diz que se trata da oclusão do orifício da trompa de falópio, com a conseqüente supressão da função menstrual e ovular.[19] Além disso, o autor recupera a história clínica da paciente com base em dados fornecidos pelo Dr. Augusto de Freitas, seu antigo médico, e pelos amigos e familiares. Diz que a paciente herdara por linha paterna o vício psicopático, que seu próprio pai já recebera por via materna. De sua mãe lhe viera o vício tuberculoso. Contudo, e isto é muito importante, "nem uma nem outra destas sementes lograra germinar nas épocas críticas, nem na puberdade, nem nos períodos de gravidez, puerpério e lactação de três filhos, que houvera de seu consórcio" (*Brazil Medico*, 1900:429).

Segundo Nery, foram maus conselhos, de senhoras que já haviam se sujeitado à esterilização, que levaram Maria Antonieta a ter o desejo de também se esterilizar e procurar Abel Parente. É interessante que termos como maus conselhos, influências perniciosas, más companhias aparecem sempre quando se quer justificar a atitude de uma mulher que busca um comportamento fora dos padrões considerados adequados para a época. Em nenhum momento se usam termos como a vontade própria da mulher, o desejo individual, razões de ordem prática, racional, que justificassem atitudes voltadas para a restrição da natalidade. O fato de prostitutas, mulheres de pouca moral, recorrerem aos diferentes tipos de contraceptivos é uma coisa. Mas, quando se trata de mulheres de família, não se concebe que uma vontade dessa natureza possa existir. Para médicos como Marcio Nery, somente alguma influência externa que se impõe diante da frágil constituição mental e moral feminina é que pode ser responsável pela procura de um esterilizador. E as conseqüências, gravíssimas em termos físicos, manifestam-se também de maneira privilegiada no âmbito do comportamento moral, levando a mulher

a perder as noções de pudor condizentes com sua condição. É como se a intervenção no aparelho genital, especialmente a que visa à contracepção, introduzisse uma variável nova e capaz de romper as regras do comportamento feminino orientado para a maternidade e a sexualidade restrita ao exercício da função reprodutiva. Vejamos a descrição dos sintomas da paciente a partir do tratamento com Abel Parente:

> *Afirmam parentes e amigos que, algum tempo depois das primeiras intervenções, começou a paciente a apresentar modificação de caráter, tornando-se tristonha e concentrada, de jovial que antes era. Este estado de espírito foi cada vez mais se acentuando, de tal forma que, em princípios do mês de novembro, apresentou-se em franco estado melancólico. No dia anterior ao da conferência, teve violenta crise de agitação, acompanhada de delírio erótico, manifestando atitudes obscenas e usando de linguagem incompatível com a sua educação.* (*Brazil Medico*, 1900:429)

Nery descreve o exame realizado pelos conferencistas na casa de Maria Antonieta para mostrar a gravidade do seu estado. Naquela ocasião, ela se apresenta como indigna de compaixão por não amar seus filhos e família, além de declarar seu fingimento:

> *A doente achava-se em decúbito dorsal sobre um colchão colocado no centro da sala de visitas. Aparentemente calma, manifestava contrariedade e certa irritação na maneira de responder. Por fim, insistiu para retirar-se e entrou para um dos quartos. Não levou muito tempo ouvimos grande vozeria, gritos e choro de crianças; esta cena era provocada pelo fato de haver a paciente se escapado para a chácara, correndo rapidamente, em desalinho, para o lado da rua. Alcançada e conduzida de novo para a sala onde nos achávamos, verificamos que já então ela se mostrava extremamente agitada, manifestando idéias de destruição e deprimentes: – Julgava-se indigna de compaixão; porque não amava seus filhos, nem aos seus; dizia que não tinha sentimento algum nobre, que todos os seus pensamentos eram para o mal, que tudo quanto até hoje havia feito não passava de puro fingimento. Assim falando, procurava arrancar os cabelos, ferir os próprios olhos, dilacerar-se. Debatia-se e procurava libertar-se das mãos das pessoas que a continham sobre o leito. Durante alguns intervalos caía em estado de meditação, refletindo a sua fisionomia a expressão de uma pessoa alucinada. Mas logo depois recomeçava a agitação, com a mesma ordem de idéias delirantes e com as mesmas tentativas de destruição.* (*Brazil Medico*, 1900: 428-429)

Além disso, a paciente apresentava desordens vasomotrizes, como dilatação e contração das pupilas e a palidez e vermelhidão do rosto, que se alternavam. Ela também tinha sensações de frio e calor no corpo e uma cefalalgia fortíssima. E o mais importante é que essas crises se confundiam com o período em que deveria estar menstruada. Segundo Nery, que acompanhou a internação de Maria Antonieta no Hospício Nacional dos Alienados, tratava-se de um estado melancólico agravado na época catamenial que a manteve em completa loucura por mais de vinte dias. Depois disso, teve alguns momentos de integridade mental, mas a depressão melancólica retornava (*Brazil Medico*, 1900).

Feita a descrição do caso, Nery aprofunda a discussão sobre a relação entre intervenção no aparelho genital com cessação da menstruação e loucura, recorrendo à

bibliografia internacional. Nomes famosos na época, como Lawson Tait, Robert Barnes e Spencer Wells, defendiam que a extirpação do útero e seus anexos ou a supressão das funções menstruais e ovulares levavam freqüentemente a desordens mentais. Segundo o autor, Maria Antonieta havia herdado um vício psicopático grave, o que representava uma contra-indicação extrema para a esterilização e a conseqüente supressão das funções do aparelho genital. Para Nery, Abel Parente errou ao mutilar o aparelho genital de uma senhora e principalmente interveio sem indicação alguma e desrespeitando uma grave contra-indicação, "estropiando um aparelho, cujas lesões repercutem de maneira notável sobre o equilíbrio funcional do cérebro, mormente nos predispostos às psicopatias" (*Brazil Medico*, 1900: 430). Como conseqüência, os centros nervosos superiores foram profundamente abalados, sobrevindo a loucura.

E para piorar ainda mais a situação de Abel Parente, Marcio Nery afirma que este não é um caso isolado. Há muitos outros ainda desconhecidos do público mas que lhe foram mencionados pelos médicos Lucio de Oliveira, Alfredo Barcelos, José de Siqueira e Manoel Bonfim. Dizendo-se sem autorização para entrar nos detalhes desses novos casos, Nery apenas afirma que todas as mulheres envolvidas haviam sido esterilizadas ou estavam ainda se submetendo às práticas secretas do esterilizador quando enlouqueceram (*Brazil Medico*, 1900: 430).

É tendo como pano de fundo essa discussão sobre a relação entre intervenção ginecológica e loucura que Maria Antonieta é internada no hospício. O diagnóstico dos médicos que participaram da conferência para avaliação do caso implicou a acusação do médico italiano. Os fatos foram levados à polícia, que abriu um inquérito, tornando o evento público. No transcorrer do processo, Alfredo Nascimento denuncia que Abel Parente não só visitara a vítima, como também tentara subornar os peritos oficiais incumbidos do exame médico-legal. Os dois peritos envolvidos recusaram os 60 contos de réis oferecidos e atestaram a presença de lesões no aparelho genital da paciente, embora tenham se dividido quanto à hipótese da loucura como conseqüência da esterilização. Complicações envolvidas no caso fizeram com que, apesar da denúncia ter sido feita em outubro de 1900, o corpo de delito só fosse apresentado em fevereiro de 1901. O médico italiano é então levado ao tribunal em agosto de 1901. Nesta instância, tenta se defender valendo-se do apoio de um eminente colega. Conseguiu que Eduardo Chapot Prevost entrasse ilegalmente no hospício, examinasse a paciente sem consentimento e emitisse um parecer favorável ao acusado. Isso nada serviu para sua absolvição; muito pelo contrário, contribuiu para que fosse condenado com unanimidade pela Junta Correcional a 15 dias de prisão (*Brazil Medico*, 1901; *Annaes da Academia Nacional de Medicina*, 1901). Sua condenação foi sem dúvida reflexo da esmerada acusação feita por Evaristo de Moraes, presença fundamental no julgamento, que durou 29 horas consecutivas.

Evaristo de Moraes deu início à acusação dizendo-se amigo da família da vítima, quase testemunha dos fatos ocorridos. Apesar disso, distancia-se dessa familiaridade e se apresenta como o representante de interesses muito mais abrangentes:

> *Compareço como portador, não de uma paixão individual; não promovo um mesquinho interesse; trago, sim, perante este tribunal a indignação fremente e*

indomável de todo um povo, o protesto veemente de uma classe honrada, o reclamo da Ciência contra o crime impudente e o charlatanismo impenitente representados pelo réu!... (Moraes, 1901:5)

Inicia sua fala pela desqualificação das testemunhas de defesa, três jovens diplomados em medicina que vêm afirmar que Abel Parente não pratica esterilizações e nem iniciou o tratamento esterilizador em D. Maria Antonieta. Moraes qualifica esses jovens doutores de brasileiros indignos, defraudadores da nossa nacionalidade, e acusa Parente de ter corrompido a mocidade diplomada desta terra, além de prostituir a família brasileira (Moraes, 1901). Não é sem razão que duas idéias evocadas aqui, o prejuízo à nacionalidade e a infâmia da família, são temas recorrentes nos debates em torno de sexo e reprodução nesse período.

Quanto à vítima, Moraes destaca que era formosíssima, boa mãe, dotada de um cérebro superior, admirável mesmo quando comparado aos cérebros masculinos. Essa bela criatura é que havia sido transfigurada e agora encontrava-se retida em uma casa de loucos, despossuída da razão e de sentimentos de pudor (Moraes, 1901). Aliás, nota-se que a falta de razão é definida com base em sua recusa em obedecer e no questionamento das atitudes do marido e que a ausência de pudor, sintoma de loucura ainda mais grave, é expressa nos desejos eróticos de D. Maria Antonieta. O fato de uma terna esposa se ter convertido em uma louca, que passou a ter ciúmes e a desprezar o marido ao mesmo tempo, só poderia ser explicado por algum tipo de intervenção externa (Moraes, 1901).

Mas, é justamente na descrição do acusado que Moraes vai despender mais tempo. E começa recorrendo a um tema caro à medicina da época, a disputa dos médicos com as parteiras. Moraes é muito perspicaz em mostrar como médicos diplomados, como Abel Parente, motivados pelo ganho financeiro, estavam passando a ocupar a ponta de uma cadeia de destruidores da vida humana, a qual começaria com as parteiras praticantes de aborto:

Há, porém, verdadeira evolução, nas pessoas e nos processos. A primeira figura é a da repelente parteira abortista, a faiseuse d'anges*, que em cada dobra da saia oculta um homicídio e em cujo covil de fundo de bodega ou de carvoaria há um verdadeiro cemitério. Essa figura sinistra, suja, imunda, por estranha metamorfose, se transmuda – no nosso espírito – na do médico, polido, limpo, luzidio, que tira as luvas para, no doce aconchego de um gabinete perfumado, praticar o aborto criminoso... Mas, parece que a perícia aumenta a audácia e é necessário ir além, muito além, penetrar o organismo da mulher, não esperar que a Natureza expulse o feto... Aparece, então, o castrador, o que corta os ovários, o que suprime o útero e os atira, sangrentos, como trapos, para o canto da sala. E afinal, como refinamento dessa arte de morte, aí temos o esterilizador, o que estanca a vida no gérmen, o que evita a concepção, não arrancando o órgão, mas deformando-o, inutilizando-o.*
Eis o acusado presente, último elo de uma cadeia de criminosos, último rebento da arte abortista, sucessor legítimo da aparadeira infame e suja que vos descrevi, Senhores. – Esses inimigos da vida são bem iguais aos anarquistas-niilistas, com os quais já foram comparados por alguém. (...)

Onde quer que um útero bendito floresça, onde quer que haja, num lar, a simples felicidade da família engrandecida pelo Amor – lá vai a perversa intervenção do castrador, do esterilizador, perigoso anarquista, armado com um diploma! (Moraes, 1901:8-9)

Em seguida Moraes lembra que esta não é a primeira vez que se levanta a opinião pública contra o esterilizador Dr. Abel Parente. A diferença é que nos idos de 1893 não puderam ser apresentadas provas e testemunhas, pois as famílias envolvidas temiam o escândalo. Muito ao contrário da família envolvida neste processo, que é de "têmpera antiga e rígida envergadura moral" e não teme a devassa e nem se intimida com boatos. Segundo Moraes, a vítima não pertence ao grupo de "senhoras que conheçam os caminhos esconsos dos bordéis de luxo e queiram ocultar vergonheiras e prodridões domésticas" (1901:11). Desta vez Abel Parente topou com obstáculos. Ele, que "está naturalmente acostumado a prestar auxílios a supostas donzelas, que tentam ocultar sua miséria à própria família ou à sociedade" ou então corre em auxílio de "recatadas viúvas que têm amantes ou indignas esposas que se divertem enquanto os maridos viajam" (Moraes, 1901:11). Agora, o receio dos processos por medo de escândalos que protegia o réu está dissolvido e finalmente ele será julgado com firmeza.

Sua culpa está sobretudo na falta do cumprimento das responsabilidades profissionais. E Moraes lembra ser a responsabilidade do médico a mais grave, já que a este profissional se confiam as intimidades do lar e do próprio corpo, o que, no caso das esposas e filhas, significa a própria honra da família. Além disso, como é o Estado que afiança o diploma do médico, ele também se encontra desmoralizado com a atuação de profissionais como Abel Parente, sem falar, é claro, no conjunto da classe médica (Moraes, 1901). Parente teria cometido um erro grave ao realizar a esterilização sem uma indicação científica precisa, ou seja, sem algum motivo que aos olhos da sociedade médica da época justificasse a intervenção. Fica subentendido que a contracepção não caracterizava tal necessidade. O ginecologista teria dito, ainda no contexto da conferência médica realizada para discutir o caso, que praticara a esterilização por complacência. Moraes desqualifica esse argumento de maneira contundente, aludindo aos interesses financeiros do acusado. Uma legítima operação de complacência seria, por exemplo, a retirada de uma verruga no rosto de alguém que pode ser cortada, porque não prejudicaria em nada o paciente. Mas não é isso que pratica o réu, pois ele suprime uma função importante da mulher e modifica uma parte do seu aparelho genital sem indicação ou motivo válido para tal prática (Moraes, 1901).

Outro argumento que será questionado a fundo por Moraes é a tese de Abel Parente segundo a qual não estaria provada a existência de relações de causa e efeito entre as lesões ou modificações do aparelho genital e as perturbações mentais. Segundo Moraes, isso é uma heresia, pois os nomes mais importantes da medicina no mundo todo atestam a existência de tais relações. Maudsley, na Inglaterra, e Ball, na França, asseguram que as desordens na menstruação levam à loucura. E no caso de D. Maria Antonieta, teria sido a supressão brusca das regras, provocada pelo tratamento ministrado por Abel Parente, a causa de sua alienação. Além disso, o ginecologista foi imprudente ao praticar a esterilização sem considerar o fato de a paciente

ter uma dupla tara hereditária (vesânica e tuberculosa), configurando uma predisposição à loucura. Estatísticas de vários países provavam que perturbações no aparelho genital levam à loucura, ainda mais quando se trata de pacientes com tendências hereditárias (Moraes, 1901).

Moraes ainda recorre ao livro de Francisco de Castro, que absolvera Abel Parente em 1893, para completar sua acusação. De fato, esse volume era sempre invocado quando se tratava de defender o acusado. Desta vez é a própria acusação que vai dele tirar proveito. Moraes começa, talvez não sem uma ponta de ironia, dizendo que pensava ter Rui Barbosa auxiliado Francisco de Castro na redação do livro, hipótese que abandonou quando se deparou com uma imprecisão. Castro afirma que a intenção criminosa é atenuada pelo consentimento da vítima. Para Moraes, isso não faz sentido, considerando nossa legislação criminal. Abel Parente continua sendo considerado um criminoso, mesmo que suas pacientes o tenham procurado voluntariamente (Moraes, 1901). Aliás, esta é uma questão bastante interessante: é discutível até que ponto as mulheres poderiam, elas mesmas, consentir em tal intervenção, já que estavam sempre sob a tutela de algum homem.

Francisco de Castro afirmava que em alguns casos bem definidos, como vícios de conformação da bacia, problemas nos partos anteriores ou hereditariedade, seria lícito praticar a esterilização. Moraes trouxe ao tribunal dois dos três filhos de Maria Antonieta para provar que ela não tivera problemas com as gravidezes anteriores e muito menos que suas lindas e inteligentes crianças eram degeneradas, sofredoras de algum tipo de tara hereditária. Castro também defendia que se a esterilização fosse praticada, deveria se realizar não em um gabinete fechado, mas na casa da paciente ou no hospital e sempre com a presença de outros médicos. Ora, Abel Parente continuava sem dar ouvidos a tal recomendação. E, por último, Moraes lembra que o defensor do réu em 1893 indicava como necessário o consentimento do marido, defendendo que a mulher tem a sua vontade ligada à do cônjuge a partir da instauração da disciplina conjugal. Moraes aprofunda essa tese, mostrando como o corpo de cada mulher ou, melhor ainda, seus órgãos genitais não pertencem aos seus próprios desejos, mas estão implicados em missões muito mais significativas, como a propagação da espécie humana:

> *Em qualquer relação da vida civil, principalmente no que diz respeito à propriedade, a incapacidade da mulher para deliberar, por ela só, é manifesta. A Junta sabe perfeitamente que se uma senhora casada quiser vender uns palmos de terra não o poderá fazer, dentro do regime de comunhão de bens, sem a presença, no tabelionato, do seu esposo e não haveria notário que passasse escritura, dada a ausência do marido; a mulher casada que pretendesse transferir apólices da dívida pública não encontraria corretor que somente com ela tratasse o negócio, nem o empregado da Caixa de Amortização lhe permitiria assinar, sem o esposo, o termo de transferência. Como, pois, admitir que, tendo um homem escolhido uma esposa, o que vale dizer – que tendo o homem escolhido um ventre para a propagação da sua raça, para a base da sua família – como admitir que, nessas condições, na vigência do casamento, a mulher, que não dispõe dos bens imóveis do casal, possa por combinação com um médico sem escrúpulos, dispor*

> *do capital supremo da espécie humana, do meio de sua propagação, do funcionamento do órgão em que o esposo confiou as melhores das suas benditas e santas esperanças?!* (Moraes, 1901:29)

Ora, o marido da vítima nada sabia. Foi surpreendido quando se diagnosticou o mal de sua esposa. E, no tribunal, apareceram contradições nos depoimentos. Abel Parente disse em suas declarações que a paciente lhe fora levada pelo negociante José da Silva, que a teria apresentado ao médico a pedido do marido. Tal fato foi desmentido pela própria Maria Antonieta, que disse ter sido ela mesma quem solicitara a companhia de José da Silva. Além disso, Moraes afirma que, sendo esse homem um camarada do ginecologista italiano e tendo na sua própria família duas ou três esterilizadas, qualquer declaração sua estaria desabonada (Moraes, 1901).

O apelo final da acusação é para que não se repita o erro de 1893 e Abel Parente finalmente seja condenado. Segundo Moraes, a aplicação da pena deve servir como exemplo para que se desanimem aqueles que tenham a pretensão de seguir no mesmo caminho do mercantilismo impuro. E também para que não digam que a honra da família brasileira foi sacrificada à ganância de um charlatão (Moraes, 1901).

A condenação unânime indica que os argumentos de Moraes foram privilegiados diante da defesa de Fonseca Hermes, com base nos 'princípios ginecológicos' do réu. Infelizmente, Moraes não menciona qual o delito ou crime e qual o artigo do Código Penal que justificaram a condenação. Mas afirma que os 15 dias de prisão sentenciados constituem a primeira condenação por esse tipo de delito no Brasil (Moraes, 1901).

A decisão é comemorada, especialmente por Alfredo Nascimento, na sessão da Academia Nacional de Medicina de 8 de agosto de 1901. Nascimento afirma ser essa condenação de grande valor moral, por efetivamente reconhecer o crime cometido por Abel Parente. Contudo, ele também critica o júri, pois acha a pena muito leve diante da gravidade do delito. Lastima que o advogado de defesa tenha apelado da sentença para o Tribunal Civil e Criminal, protelando a ação imediata da Justiça (*Brazil Medico*, 1901).

Alfredo Nascimento ficaria desapontado quando o Tribunal Civil e Criminal, em 30 de outubro de 1901, véspera da prescrição do crime, julgaria procedente a apelação e livraria Abel Parente da prisão. Na Academia Nacional de Medicina, o Dr. Costa Ferraz junta-se a Alfredo Nascimento no protesto contra a decisão da Justiça. Nascimento ocupará as próximas sessões debatendo o caso, relatando todas as proezas de Abel Parente desde 1893. Na sessão de 14 de novembro, quando finaliza seu relatório, são aprovadas duas moções referentes ao caso. A primeira, de autoria de Costa Ferraz, felicita Alfredo Nascimento pelo seu trabalho e deplora os fatos lastimáveis por ele narrados. A segunda, elaborada por Barata Ribeiro, apresenta um "protesto contra o abandono da família brasileira e rebaixamento moral dos costumes" (*Brazil Medico*, 1901:437). Enquanto isso, Abel Parente anuncia a abertura de uma hospedaria em sua casa para receber clientes de outros estados do país.

Há notícias de que sua clínica, instalada em nada menos que o antigo solar da Marquesa de Santos, era a mais sofisticada da época. Nesta luxuosa residência, Abel Parente clinicou até 1915, recebendo pacientes de várias regiões do país. Segundo o depoimento de D. Maria do Carmo de Souza Mendes, filha de uma cliente do médico,

que freqüentou a clínica ainda quando criança, seu consultório era o mais requintado da época. D. Maria do Carmo ia com a mãe aos almoços oferecidos pelo médico às suas clientes. Conforme sua descrição, o médico italiano era muito sensível ao belo, alto, barba longa e negra, olhos verdes, bonito. Usava dólmã branco, com botões grandes e dourados e seu monograma com letras também douradas bordadas no bolso. E nos seus almoços, só convidava senhoras jovens e bonitas. Os almoços eram servidos em grandes mesas, que se estendiam pelo jardim de grandes árvores frondosas. Ao fundo, havia um pequeno zoológico com macacos, onça, pôneis e carneiros que puxavam pequenas charretes para os filhos das clientes (*Catálogo do Museu do Primeiro Reinado*, s.d.:4).[20]

A descrição desse ambiente nos traz uma imagem de sucesso do ginecologista, o que parece ser comprovado por uma nota na coluna social do jornal *O Rua do Ouvidor* de 25 de julho de 1908. Tratava-se de felicitar o 'ilustre clínico' por seu aniversário:

> *Passa na próxima quarta-feira, 29 de julho do corrente, a data de aniversário natalício do Dr. Abel Parente, o notável e humanitário clínico que, por seus méritos profissionais e pelas nobres qualidades do seu caráter e do seu coração tanto tem sabido impor a estima e a admiração da parte mais culta da sociedade brasileira. É com grande satisfação que aqui registramos esta notícia tão gratos a todos o quanto conhecem de perto o Dr. Abel Parente e podem, portanto, dar testemunho do seu alto valor intelectual e moral.* (*Catálogo do Museu do Primeiro Reinado*, s.d.:4)

Não é possível saber muito mais sobre a vida de Abel Parente além do que aparece nas polêmicas em que se envolveu. Mas passagens como as aqui citadas podem indicar que ele não colecionava apenas desafetos e que também não caiu no descrédito de suas clientes. Continuou exercendo a medicina e possuía um estabelecimento de saúde bem-sucedido, no qual também dava aulas e colecionava discípulos. Falando em discípulos, é nos eventos que envolveram jovens doutorandos que temos mais um capítulo (talvez o último) do referido debate em torno da esterilização.

A Polêmica Continua: entre desafetos e discípulos

Em 21 de novembro de 1902, Alberto Ribeiro de Oliveira Motta apresenta à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a tese *Esterilização da Mulher*, visando a obter o grau de doutor. Esse acontecimento não teria nada de anormal se a comissão examinadora não houvesse recusado a tese. Oficialmente, o motivo alegado pelos médicos Feijó Júnior, Brandão, Walladares, Crissiuma e Chapot Prevost era o fato de a tese ofender a moral e os bons costumes. O aluno, suspeitando de outras razões, recorreu da decisão. Como não obtém êxito, Oliveira Motta propõe uma nova tese – sobre o queleno em obstetrícia – e é aprovado em 1903. Contudo, ainda insatisfeito com o acontecido, decide publicar por conta própria a sua tese sobre esterilização, o que ocorre no ano de 1906, quando Oliveira Motta já era cirurgião da Santa Casa de Misericórdia, adjunto do Serviço de Ginecologia do Instituto de Assistência e Proteção à Infância do Rio de Janeiro, além de membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

No prefácio dessa publicação, Oliveira Motta defende a idéia de que sua tese fora recusada porque ele analisava o escandaloso processo envolvendo Abel Parente, no qual teve uma participação efetiva Eduardo Chapot Prevost. Este último queixou-se à Congregação da Faculdade e conseguiu que a tese fosse recusada. Àquela altura, Chapot Prevost não queria mais ser identificado como o comparsa de Parente que fornecera o laudo contrário à loucura de D. Maria Antonieta. Depois de explicado isso, o autor da tese justifica sua publicação, dizendo que precisava deixar o próprio público julgar se a tese era imprópria (Motta, 1906). O curioso neste caso é que Motta, na tese, mais uma vez acusa Abel Parente de faltar com sua responsabilidade profissional, o que não era em nada contrário à posição dos professores da Faculdade de Medicina. Mas, o problema é que, remexendo no caso, trazia à tona o nome de pessoas envolvidas que não queriam mais ser identificadas com o que se havia passado. O resultado é que mais uma vez o caso Abel Parente ganha repercussão. O *Brazil Medico* (1906) publica uma resenha e na Academia Nacional de Medicina Fernando Magalhães elabora um parecer sobre o trabalho. Ambas as apreciações consideram que há falhas no conteúdo da tese, mas reconhecem o seu valor no "ataque individual, nunca demasiado, ao ginecologista italiano que abusa das condescendências da classe médica e que explora as fraquezas do nosso meio social" (*Brazil Medico*, 1906:445).

Quanto ao conteúdo da tese propriamente dito, o autor passa em revista todos os processos destinados a evitar a concepção, apontando especialmente para suas desvantagens de ordem física e moral. Afirma que alguns deles têm origem na Antigüidade. A castração, ou ablação do ovários sãos ou doentes, oriunda da arte veterinária, é revitalizada com sucesso na década de 70 do século XIX, por Lawson Tait, Hegar, Battey e Porro. O número de intervenções praticadas em muitos países fez com que os próprios médicos passassem a discutir o abuso dessa operação. O autor afirma que tal recuo se deve às recentes descobertas da função ovariana. Os ovários teriam passado da condição de 'órgãos de luxo, adorno ou ornamento da mulher' à personificação de sua própria natureza. Grandes debates se iniciavam também em torno da nomenclatura. Oliveira Motta é partidário do grupo que chama de ophorectomia a retirada uni ou bilateral dos ovários reclamada por uma degeneração quística e de castração a retirada completa dos ovários com o fim explícito de antecipar a menopausa e impedir a fecundação da mulher. Este seria o único processo capaz de esterilizar em definitivo a mulher (Motta, 1906).

Quanto aos outros processos, 'fraudulentos ou científicos', destinados a evitar a gravidez, o autor diz:

> *O* congressus interruptus*, de que fala a Bíblia; o uso das mulheres indígenas da Austrália do Norte, que se colocam de pé, logo após o coito, abrem as pernas, e com a tosse se esforçam por esgotar o esperma da vagina; e ainda os artifícios usados pelos habitantes das Índias Orientais e das ilhas de Sonda que consistem em esfregar e maltratar o ventre daquela que se quiser estéril; esses manejos todos, mais ou menos falhos nos seus fins, e sempre prejudiciais nas suas conseqüências, têm sido empregados até os nossos dias para esterilização facultativa da mulher. De mais intrincada prática, porém, de resultados nulos são também os condons e os pessários oclusivos. Até nossos dias ainda são empregadas as lavagens* post coitum*, quer sejam de água quente e pura, ou ligeiramente acidulada e mesmo fria.* (Motta, 1906:9-10)

A esterilização pelo cateterismo das trompas (por via abdominal ou vaginal) tem suas primeiras tentativas no ano de 1849. Mas é somente no fim da década de 90 que Kehrer, Fritsch e Rühl aperfeiçoam a técnica, secionando e retirando cerca de cinco centímetros de cada trompa. Motta diz que um método recente é o da destruição do endométrio por agentes químicos (como cáusticos violentos) ou físicos (água aquecida em mais de 80 graus, vapor de água, raspagem). Abel Parente já teria utilizado tal método (Motta, 1906). Já na rubrica 'fraudes conjugais' se concentra uma série de meios definidos como não científicos para impedir a gravidez, como, por exemplo, a 'retirada do membro viril antes da ejaculação' ou a masturbação. Essas atitudes, segundo o autor, são ineficazes e trazem conseqüências funestas aos praticantes. Esse mesmo diagnóstico é aplicado ao condom ou camisa de Vênus. Os pessários oclusivos (anéis em forma de oito de cifra introduzidos na vagina) também são considerados incômodos e inúteis. Oliveira Motta diz que um método muito popular entre todas as classes de licenciosos era a lavagem pós-coito com água fria, morna ou soluções assépticas, com o objetivo de varrer os espermatozóides da vagina e do útero. Afirma que, mais do que contracepção, esse método provoca abortos (Motta, 1906). Para o autor, o insucesso de todas essas tentativas de impedir a gravidez reside na falta de conhecimento sobre a relação entre a menstruação e a ovulação (Motta, 1906). Nessa época era ainda muito comum os médicos afirmarem que a ciência não fornecia explicações adequadas para o funcionamento do aparelho reprodutivo feminino.

O processo Abel Parente ganha um grande destaque na empreitada de condenação dos métodos contraceptivos que faz o autor. Sua narração começa mais uma vez atestando a magnitude que o caso assumiu nos idos de 1893:

> *Foi em 1893 que pela primeira vez desenrolou-se aos olhos do mundo científico desta capital, a criminosa e impudica ginecologia que esterilizava a mulher brasileira sem outra indicação que o peso dos ordenados. Por esse tempo, grandes, tempestuosas e cerradas discussões rolaram pela imprensa e pelas tribunas, desde o apoucado espírito de entrelinhas até às colunas de honra, na primeira página; da simples e serena palestra científica até à dogmática tribuna acadêmica; toda essa avalanche galênica formadora da flor da medicina brasileira, se movimentou.* (Motta, 1906:42-43)

Motta acrescenta que, além de ter propagandeado o seu invento nos jornais, Abel Parente oferecera ao governo da República a revelação do segredo de sua técnica por 40 contos de réis. Técnica que José de Mendonça, em um trabalho de 1895, definia como a destruição da mucosa uterina por meio do emprego de substâncias cáusticas, operação que já era executada por médicos franceses nos casos de hemorragias que acompanhavam os fibromas do útero. Além disso, Motta afirma ser esse método ineficaz no seu propósito principal, já que algumas pacientes de Abel Parente voltavam a engravidar a partir do momento em que o endométrio se regenerava, e também perigoso, porque poderia provocar sérias perturbações mentais. Considera que os motivos alegados por Parente para realizar a esterilização não se justificavam. Nos casos de vícios da bacia ou tumores irremovíveis, por exemplo, seria melhor recorrer ao aborto obstétrico ou à operação cesariana com a gravidez já em andamento do que a uma esterilização prévia. O ginecologista é também condenado por não ter comunicado a intervenção à família da paciente e a outros médicos, agindo no segredo do seu consultório (Motta, 1906).

O autor menciona ainda um folheto publicado pelo Instituto da Ordem dos Advogados, no qual juristas importantes explicavam que, embora o nosso Código Penal de 1890 não previsse como um delito especial a esterilização da mulher, os praticantes de tal ato poderiam ser acionados com base no artigo 304. A idéia central aqui é a de que a mulher estaria para sempre privada do uso do seu órgão da fecundação, o que implicava um crime grave, a ser punido.

O artigo mencionado trata das lesões corporais e merece ser reproduzido:

> *Se da lesão corporal resultar mutilação ou amputação, deformidade, ou privação permanente do uso de um órgão ou membro, ou qualquer enfermidade incurável e que prive para sempre o ofendido de poder exercer o seu trabalho:*
> *Pena – de prisão celular por dois a seis anos.*

O que está em jogo aqui é a gravidade da privação, na mulher, da função reprodutiva. Esta hipótese é confirmada se atentarmos para a seqüência final da tese de Oliveira Motta. Nesta etapa, o autor insiste na idéia de que o fim primordial da mulher é a reprodução da espécie e que, quando isto não for possível, o aconselhável deve ser a abstenção sexual. Duas passagens expressam bem sua posição:

> *Qualquer lesão ou moléstia que possa oferecer essa indicação [da esterilização], esbarra no conceito moral desse grande problema, que é a vida da mulher ao lado do homem. Sendo a propagação da espécie o fim, o mister da mulher, que possui nos prazeres do amor o incentivo apenas para essa propagação; segue-se que a sã moral, a filosofia entendida, será a abstenção dos prazeres sexuais, quando a mulher não puder executá-lo com todos os capítulos.* (Motta, 1906:82-83)
> *A mulher não vem ao mundo, nem nasce, se cria ou casa, para gozar desenfreadamente,* quand même*; ela existe sim, para a maternidade, para conservar e reproduzir a espécie, e, se tem ela amor, beleza e sedução, vejam nisso o penhor da função, a garantia da vida humana.* (Motta, 1906:83)

A essas consideração finais, o autor acrescenta um parecer ao seu trabalho redigido por Nicolau Cardozo em 1903. São cerca de 15 páginas, que felicitam o autor da tese e mais uma vez insistem na reprovação de Abel Parente. Um ponto bastante significativo é o que se refere à indicação, proposta por Parente, de esterilizar as mulheres que corressem o risco de reproduzir filhos degenerados:

> *Jactou-se e com gáudio o autor de tal invento de que o havia aplicado com êxito a centenares de mulheres no Rio de Janeiro no espaço de poucos anos. Daí resulta que ou a sociedade do Rio de Janeiro é constituída por seres biologicamente degradados e degenerados, pois apresenta um tão considerável número de mulheres de constituição inferior, ou a aplicação de tal processo não obedece a sãos preceitos científicos e tem por objeto um monstruoso atentado à moral e constituição da família e portanto é esta uma sociedade moralmente degenerada, e em qualquer dos casos não conhecemos mais audácia e maior insulto atirado à face de uma sociedade. E se essa sociedade o tolera; tal tolerância constitui um poderoso e inconcusso atestado do seu grau de corrupção e degeneração.* (Cardozo, 1903. In Motta, 1906:116)

Quanto à forma de reprimir a reprodução de uma prole degenerada ou evitar gravidezes problemáticas, Cardozo concorda com Motta que a solução é a abstinência, inspirada especialmente na devoção religiosa:

> *Disseste bem, sob o aspecto moral não há indicação para esterilização da mulher, porque compete à moral e principalmente à religião reprimir as aberrações do instinto sexual e regular a procriação, impondo a abstinência ou a castidade aos seres incapazes de prole sadia ou de procriar sem acidentes perturbadores da vida, visto como a legislação e os simples preceitos científicos não poderão conseguir tal objetivo.*
> *Só a religião poderá regularizar as condições normais de união dos seres reprimindo os desregramentos do instinto sexual e prevendo todos os casos. Suprimir, portanto, a função da procriação da mulher, a pretexto de pretensos perigos para ela e para a prole, a fim de deixá-la em condições de satisfazer, sem o ônus da maternidade, aos desregramentos do homem, é um atentado que não tem qualificação, nem pode ser concebido pelas almas honestas.* (Cardozo, 1903. In Motta, 1906:116-117)

Não há dúvidas de que o tipo de regulação proposto implica uma discussão moral de grande vulto, na qual não se admite a prática do ato sexual sem a reprodução. Mas, embora o homem deva ter seus instintos sexuais reprimidos, é sobre a mulher que incidem as preocupações. Isso se deve ao fato de que se considerava que o seu papel fundamental era a maternidade. Se esta função lhe é suprimida, a sua existência fica frustrada. Tais questões serão mais uma vez tratadas no último trabalho encontrado, ao longo desta pesquisa, sobre o invento Abel Parente.

Em 1907, Abelardo Accetta publica o volume *O Invento Abel Parente ou Esterilização da Mulher por uma Operação Ginecológica, sem a Castração: suas vantagens sobre as práticas neo-malthusianas e a operação de Keher e Dührssen – Resumo das lições clínicas ditadas na sua Casa de Saúde pelo eminente especialista*. Mais uma vez, trata-se de uma tese não aprovada pela Faculdade de Medicina, informação apresentada no prefácio escrito por Abel Parente. O autor do prefácio explica que a tese foi recusada por ódio pessoal a ele próprio. E na tentativa de desmoralizar os professores da Faculdade, fez com que seu discípulo apresentasse uma nova tese que nada mais era do que a cópia de um trabalho sobre sífilis, anteriormente publicado. Desta vez Accetta é aprovado, o que merece a seguinte declaração de seu mestre:

> *Se os plagiários não pululassem no seio da Faculdade de Medicina e os seus examinadores fossem médicos estudiosos que acompanhassem os progressos da ciência, não teriam certamente reprovado a sua primeira tese, que é uma publicação original sobre um assunto de palpitante interesse, e muito menos dado aprovação plena a um plágio, que seria um crime, se não fosse praticado exatamente para demonstrar que os seus julgadores são professores atrasados que, apesar de ocuparem a cadeira de especialistas, ignoram a literatura médica estrangeira e mesmo a indígena, por opulenta que seja a primeira e pobre a segunda.* (Parente. In: Accetta, 1907:VII)

Abel Parente cita outros casos de plágios para mostrar como esta prática era comum na produção acadêmica da medicina da época. E defende que a primeira tese de

Accetta não tem precedentes na riqueza com que trata a questão da esterilização, tanto no Brasil como em outros países. É um inestimável apanhado da literatura estrangeira, que suscita o comentário:

> *Em conclusão, temos diante dos olhos um livro excelente com o qual o Dr. Abelardo Accetta acaba de enriquecer, com uma publicação original, a literatura médica da sua pátria. Bem merece, pela largura da erudição, exatidão da doutrina e outras excelências que se confirme ainda uma vez a justa e bem merecida reputação de que goza, desde os bancos acadêmicos, de moço estudioso.* (Parente. In: Accetta, 1907:VIII)

Mesmo depois desse prefácio tão explicativo das condições que envolveram a publicação do trabalho, Abelardo Accetta ainda se vê na obrigação de introduzir o livro com a seguinte ressalva: "Este trabalho não deve ser lido senão por médicos honestos. É um livro de Ciência e, portanto, um livro honesto. Os arrebatados pseudomoralistas que se dispam do seu falso pudor. A ciência, diz Witkowski, deve estudar os órgãos da geração, como estuda o ouvido ou a vista" (Accetta, 1907:XI). E aos órgãos da geração cabe a função de perpetuar a espécie, mas é preciso que se estabeleçam certos limites a este fenômeno. Accetta aponta para o fato de que até mesmo a Igreja tem consciência disso, embora às vezes caia em contradição. E propõe que o método de Abel Parente, ao contrário de outros meios artificiais, seria o mais adequado moralmente para a restrição da natalidade (Accetta, 1907:XII).

Accetta afirma ser contra os meios contraceptivos artificiais e imorais, que põem em risco a saúde da mulher e são incapazes de evitar, com segurança, a procriação. Mas, não acha que seja ilícito procurar o prazer sexual independentemente da reprodução, hipótese já admitida pela Igreja nos casos de prole numerosa. O autor defende que a esterilização das multíparas por uma operação ginecológica é o recurso mais seguro tanto para salvar a mulher dos perigos do parto como para combater a degeneração física, moral e intelectual da raça humana e os males da miséria. Justifica que com este método não é preciso temer a destruição do gênero humano, já que só se esterilizariam as mulheres com mais de três filhos. Somente a esterilização de uma nulípara poderia ser considerada imoral frente ao preceito religioso da multiplicação (Accetta, 1907:XII-XIII). Deve-se chamar a atenção aqui para o fato de que só se pode admitir a esterilização ou mesmo alguma outra forma de contracepção se a mulher já tem filhos. A função da maternidade continua sendo central. Apenas depois de cumprir a sua carga reprodutiva de pelo menos três filhos é que a mulher pode recorrer a algum método que limite sua fecundação.

A tese de Accetta retoma com vigor um tema que já havia aparecido na discussão sobre o invento Abel Parente em 1893. Trata-se da luta entre a 'força genésica' e a vontade do indivíduo. O autor defende que o desejo sexual é muito superior à razão. Aqueles que aconselham não amar aos que não devem procriar seriam hipócritas ou eunucos. O amor platônico seria uma fantasia e todas as formas de amor, mesmo as religiosas, implicariam desejos sexuais. Diante da força do instinto, Accetta defende que se tomem providências para que os casais não se entreguem a uma procriação desenfreada. A conseqüência mais perigosa se isto acontecesse não seria a super-

população, como pregavam os malthusianos, mas a geração de organismos débeis e doentes. Diferentemente daqueles, nosso autor não parece muito aterrorizado com o aumento da população. O que sobressai nos seus escritos é a preocupação com a qualidade, bem ao gosto das teorias eugênicas da época. A esterilização, além de evitar perigos para a mãe, ajudaria a eliminar indesejáveis:

> *Não somos malthusianistas, isto é, adeptos da teoria que sustenta que para a felicidade humana é essencial impedir o aumento da população. Nós julgamos ser falsa a teoria de Malthus, isto é, que uma nação é feliz e rica ou desafortunada e pobre, segundo número dos seus habitantes; mas somos da opinião, professada pelo meu eminente mestre Dr. Abel Parente, de que devem ser eliminados previamente, por meios humanos e morais, os que não têm direito a um talher no banquete da vida, ou são a causa da morte de sua infeliz mãe.* (Accetta, 1907:XVI- XVII)

A tese de Accetta representa de maneira exemplar o debate em torno da contracepção na passagem do século porque está centrada na discussão sobre natalidade e eugenia. Mas, embora defenda um método contraceptivo, a esterilização, opõe-se aos chamados neomalthusianos. Este grupo, apoiado na teoria de Malthus da desproporção entre o crescimento da população e os meios de subsistência, defendia amplamente a contracepção, por meio de métodos como o uso do condom, pessários, lavagens, coito interrompido etc. O autor justifica dizendo que esses métodos artificiais transformam o ato sexual em algo não natural, corrompido por práticas que têm origem nos bordéis. A esterilização, ao contrário, não coloca nenhum impedimento à realização do coito considerado normal.

Accetta também vai defender o invento Abel Parente comparando-o com a castração ovariana, que causa grandes penúrias. O autor cita sexólogos como Krafft-Ebing para falar da importância da integridade do aparelho sexual e especialmente da necessidade das secreções das glândulas genitais para a satisfação do desejo sexual. O orgasmo venéreo, traduzido na "ereção do aparelho sexual", que é análoga no homem e na mulher, é fundamental para que se chegue às "sensações voluptuosas normais" (Accetta, 1907:15-16). Diante dessas noções e da descoberta dos hormônios ovarianos, a época torna-se de condenação das ovariotomias, que haviam sido feitas abusivamente em muitos países. Esse fato é diagnosticado no caso da França. Em tese apresentada à Faculdade de Medicina de Paris em 1896, o Dr. Canu asseverava que a ovariotomia havia causado grandes danos à França. Os jornais franceses publicavam que em 15 anos o número de mulheres castradas em Paris chegava perto dos 40 mil e que no país todo estimava-se a marca de 500 mil mulheres sem os ovários (Accetta, 1907). A cirurgia de extração do útero também é condenada por Accetta. O autor considerava a retirada de útero e ovários como operações criminosas e imorais que colocavam em risco a vida da mulher e traziam transtornos inclusive na relação sexual:

> *A cópula é difícil e a mulher não experimenta sempre a sensação voluptuosa, senão incompletamente, visto que, embora o coito é (sic) praticado normalmente, o orgasmo venéreo, isto é, a ereção ou congestão dos órgãos sexuais, não se pode produzir normalmente, tendo sido os órgãos, nos quais tem sua sede,*

parcial ou totalmente extirpados, segundo foi praticada a castração uterina ou ovariana, ou a utero-ovariana. (Accetta, 1907:13)

Quanto às práticas neomalthusianas, também conhecidas como fraudes conjugais ou esterilizações transitórias, o autor diz que são artifícios que se opõem ao exercício normal da função sexual, prejudicando a saúde da mulher, em particular pela ausência da retenção do sêmen. Elas determinam facilmente ginecopatias e nevropatias, além de serem ineficazes e lesivas ao pudor, praticamente transformando a esposa em adúltera ou prostituta:

> *A esterilização transitória é ruinosa para o corpo e para a alma. Corrompe o coração puro e casto da mulher virtuosa, ensinando-lhe práticas próprias de Messalinas e causa-lhe graves doenças do sistema nervoso e do aparelho sexual. A esterilização, por uma operação ginecológica, é, ao contrário, a higiene da alma e do corpo.* (Accetta, 1907:41)

Entre os estados mórbidos causados pelos meios contraceptivos estão a vaginite, a metrite, a salpingo-ovarite, a peritonite, os fibromas e o câncer uterino. O coito interrompido ou onanismo conjugal não fica atrás. Esta prática induz homem e mulher a um alto grau de excitação sexual e congestionamento dos órgãos, bastante prejudicial:

> *Esse estado congestivo, via de regra, se extingue quando o coito é completo, como é exigido pela natureza. Se se pratica o coito incompleto, a congestão não se extingue, mas persiste durante longo tempo. Desordens nervosas graves pode causar ao homem e à mulher. A mulher permanece em estado de orgasmo, durante horas ou dias, de sorte que, repetindo-se a congestão freqüentemente, deve causar fatalmente neurastenia e ginecopatias.* (Accetta, 1907:20)

A isso Accetta acrescenta explicações sobre a influência positiva que o esperma tem sobre as mulheres. Quando absorvida pelo organismo feminino, essa substância traz efeitos benéficos para o sistema nervoso. É o que justifica o aspecto alegre das jovens esposas e a cura de cloroanemias, neurastenias e histerias a partir do casamento. O autor lembra ainda que no caso da esterilização todos esses benefícios permanecem. Esses e outros argumentos levam à condenação da abstinência, que só é possível se parcial e transitória. Accetta defende que nos tempos antigos ser casto não representava honra alguma e que foi apenas no século IV que o cristianismo introduziu a castidade como uma virtude imposta aos padres. São Paulo bem sabia das dificuldades dessa virtude, preferindo aconselhar o casamento. A castidade se coloca em contradição com as leis da natureza e só os hipócritas e pseudomoralistas são capazes de defendê-la (Accetta, 1907).

Já que a abstinência e os meios neomalthusianos não são recomendáveis, a solução é recorrer à esterilização, que, além de tudo, pode prevenir o nascimento de degenerados e evitar a morte das mulheres em gravidezes e partos difíceis. A esterilização é, assim, percebida como uma verdadeira obra de profilaxia individual e social, na qual tem-se destacado o Dr. Abel Parente. Vejamos a comparação com a vacinação, que justifica o emprego de meios anticoncepcionais adequados:

> *Sustenta, com efeito, este ilustre homem de Ciência que se não é ilícita a vacinação preventiva para salvar de uma morte certa, provável ou possível, um indivíduo que corre um perigo certo, provável ou possível, não pode ser, em casos*

muito mais graves, ilícita a esterilização preventiva. Por que dois pesos e duas medidas? É lícita a profilaxia individual e social em um caso, mas é ilícita no outro? Não se pode prescindir das leis do raciocínio em um caso de simples lógica, bom senso e senso comum. Não têm, portanto, razão os que se enfurecem em ouvir falar em meios anticoncepcionais. Certamente não admitem que uma mulher seja virtuosa, sem o freio, o medo, o espantalho do perigo da concepção; mas nós temos da mulher virtuosa um conceito mais nobre e mais elevado, não a comparamos à mulher de Putifar, nem acreditamos que não se entregue à prostituição clandestina pelo simples medo de serem, pela prenhez, descobertos os seus ilícitos amores.

No ponto de vista da profilaxia individual e social, a esterilização da mulher é tão indispensável e tem um fim tão altamente moral como a vacinação obrigatória. (Accetta, 1907: XVII)

É necessário lembrar que a referência ao perigo da concepção como restrição da prostituição clandestina é o argumento mais evocado para condenar Abel Parente nos eventos de 1893. Foi com essa tese que Publio de Mello conseguiu levar adiante a denúncia que teve grandes repercussões, especialmente nas sociedades médicas. E que a defesa feita por Erico Coelho consistia em, exatamente, duvidar que as mulheres pudessem ser corrompidas pelas facilidades da contracepção decorrente da esterilização. Mais adiante, na tese, Accetta vai retomar tal questão ao dizer que Abel Parente praticava a esterilização não em prostitutas, mas em mulheres honradas, e que no caso do Rio de Janeiro eram as senhoras das classes elevadas que batiam à sua porta:

Sabemos, por experiência própria, que as Messalinas não recorrem à operação esterilizadora, mas, se o fizessem, seria um grande benefício porque evitariam os perigos inerentes ao aborto provocado e às práticas neomalthusianas.

Convém destruir uma opinião errônea a tal respeito. Não são as prostitutas que se fazem esterilizar; elas nunca procuraram o abalizado especialista. São todas honradas mães de família que recorrem a este meio para não deixar morrer de fome seus filhos ou por se acharem acometidas de moléstias crônicas graves que já lhe tenham comprometido a existência em partos anteriores; são multíparas, via de regra, mães de três filhos. (...)

No Rio de Janeiro, são, porém, as classes sociais mais elevadas que reclamam a esterilização do Dr. Abel Parente, para evitar os perigos inerentes ao aborto, seja como meio de precaver-se do perigo puerperal em casos de moléstias internas graves, seja como meio de mais facilmente criar e educar filhos sadios e robustos. (Accetta, 1907:56-57)

No que se refere à relação entre intervenção no aparelho genital e desordens mentais, o discípulo mais uma vez vai em socorro do mestre. Afirma que a objeção à esterilização, porque ela poderia causar psicoses, é completamente infundada. Teria origem em uma confusão entre esterilização pela castração e sem a castração. A primeira, que tem como conseqüência a ausência das secreções ovarianas importantes para o bom funcionamento físico e psíquico da mulher, poderia ser responsável por perturbações, mas jamais a segunda.[21] No caso de D. Maria Antonieta, Accetta afirma que a sua dupla disposição mórbida ou tara hereditária constituíam uma indicação formal para a esterilização. Tratava-se de um caso de profilaxia da loucura que poderia irromper durante uma

próxima gravidez. O fato de essa paciente já ter filhos saudáveis era mais um motivo para que interrompesse sua produção e não corresse o risco de perpetuar sua tara hereditária em novos indivíduos. Computando mais de mil operações de esterilização realizadas por Abel Parente, dentre as quais 105 foram feitas em mulheres com tara psicopática, Accetta afirma que somente em dois casos ocorreu a explosão da psicose (Accetta, 1907).

O autor da tese não deixa de tocar também na questão da humanidade e criminalidade do método em debate. Em relação ao aborto, a esterilização é apresentada como um método mais humanitário, tanto para o produto da concepção quanto para as próprias mulheres. Segundo Accetta, o aborto provocado, nos casos mais favoráveis, mata na proporção de 40%, o que poderia ser evitado. Tanto nos casos em que o aborto é permitido ou quanto naqueles em que é considerado criminoso, defende que a esterilização não pode ser visada como uma prática ilegal, assim como não o são os métodos contraceptivos, particularmente porque não deixa sinais físicos que diferenciem aquelas mulheres que se sujeitaram à operação. Certamente, está em foco aqui também a defesa da acusação de lesão corporal. Baseando-se na comparação com o aborto, diz o autor:

> *Não é mais humano praticar a esterilização preventiva, que não é prática extralegal, visto que nenhum código proíbe a esterilização voluntária? Para o processo do Dr. Abel Parente não poderá em tempo algum ser decretada uma lei que possa proibi-lo, como até hoje nenhuma medida legislativa tem sido decretada contra as práticas neomalthusianas, visto que o sinal anatômico que indica a esterilização definitiva encontra-se em muitas mulheres, nulíparas e multíparas, sendo, portanto, impossível dizer se a mulher é estéril por causas congênitas, adquiridas ou artificiais.* (Accetta, 1907:83-84)

A esterilização representa, então, um meio legal que previne as desordens mentais e evita a transmissão de males hereditários. Já que o instinto sexual não é passível de civilização, a solução consiste em apelar para a esterilização, seja ela facultativa ou mesmo obrigatória. Accetta chega a tal conclusão após passar em revista a teoria da transmissão das qualidades fisiológicas e das disposições mórbidas:

> *O segredo da hereditariedade está na genealogia ininterrompida das diferentes partes da célula, desde o espermatozóide e o óvulo do primeiro ser masculino e da primeira fêmea até hoje. O pecado original da Bíblia é como que a expressão simbólica do fato de há muito reconhecido da transmissão de males de pais e filhos. Não nascemos livres. Aos atos dos nossos ascendentes está preso o nosso destino, a eles estamos ligados por prisões que duram toda a nossa existência. Por fim desapareceremos, mas atrás de nós ficam as nossas qualidades físicas, morais, intelectuais, normais e patológicas. Estas nunca morrem, são eternas. Impedir, por meios radicais, que pais degenerados se transmitam nos filhos, sobretudo nos casos de hereditariedade acumulada e bilateral, é crime e é imoral*? (Accetta, 1907:XVIII-XIX)

O autor responde à questão de maneira singular:

> *O fim da esterilização da mulher, por meios artificiais, não pode, portanto, ser imoral. O seu escopo não pode ser mais humanitário. Duas são as suas indicações fundamentais: I. Impedir que uma mãe infeliz encontre a morte na prenhez;*

II. Impedir que se perpetuem os loucos, os criminosos, os imorais, os raquíticos, os monstros e conseguir, desta arte, que sejam para sempre fechadas as prisões, os manicômios, os asilos e os hospitais.
É uma verdadeira revolução social que só pode ser operada por verdadeiros Apóstolos. Entre os reformadores do gênero humano, entre os mais notáveis benfeitores da humanidade sofredora, entre os mártires e heróis que têm sofrido, em prol dessa causa santa, defendida com todas as forças da sua alma, deve figurar no Brasil, o nome laureado, inimigo fidagal da tirania e do preconceito, do eminente cientista italiano e meu sábio mestre Dr. Abel Parente. (Accetta, 1907:XIX)

Accetta ainda apresenta um quadro de indicações para o emprego da esterilização bastante amplo, que destaca as moléstias nervosas, a profilaxia dos degenerados e da miséria, mostrando como um certo tom eugênico passava a ser incorporado nos discursos médicos, tornando-se mais um dos elementos a compor os debates que estavam em cena.

Quadro Sinóptico das Indicações da Esterilização pelo dr. Abel Parente

I. Profilaxia Individual ou Indicações Clínicas ou Profilaxia do Perigo Puerperal		
Indicações obstétricas	Estenose pelviana Distocia consecutiva a operações do colo	
Indicações ginecológicas	Para e perimetrites Retroversão uterina Prolapso uterino Fibromioma uterino	
Indicações médicas	Moléstias cardiovasculares:	oro-valvulares varices
	Moléstias pulmonares:	tuberculose astma emfisema
	Moléstias renais:	nefrite
	Moléstias nervosas:	psicose epilepsia
	Moléstias discrásicas:	anemia grave diabetes moléstia de basedow osteomalacia
	Moléstias gastrointestinais: (Kehrer e Dührssen)	úlcera gástrica gastroectasia estenose pilórica moléstias do intestino
II. Profilaxia Social		
Profilaxia dos degenerados	Delinqüentes natos Raquitismo Predisposições mórbidas hereditárias Sífilis Alcoolismo	
Profilaxia da miséria		

O caso Abel Parente, pela polêmica que causou, é uma situação etnográfica privilegiada para se pensar sobre as diferenças entre os sexos concebidas na época. Da série de argumentos agrupados em torno dele, vale a pena destacar alguns.

Em primeiro lugar, é preciso recuperar a avaliação que os médicos acusadores fazem mais especificamente de Abel Parente e de seu invento. Coloca-se, de início, uma dúvida sobre a viabilidade de um método de esterilização da mulher. Questiona-se se Abel Parente realmente descobriu uma técnica nova ou se simplesmente está praticando charlatanismo ao apregoar um processo terapêutico que ele mesmo desconhece. Além disso, supondo que o método exista e funcione, ele é considerado, acima de tudo, imoral. E, ainda, Abel Parente faz anúncios nos jornais, propagandeando o seu invento, ao mesmo tempo que não compartilha suas descobertas científicas com a classe médica, procedimentos muito mal vistos pelos seus colegas de profissão.

Quanto à esterilização em si, vários pontos são considerados. Os pareceres contra Abel Parente traduzem uma noção mais geral de que qualquer método que impeça definitivamente a mulher de ter filhos vai contra a natureza e suas funções sociais. Contra a natureza porque seu organismo está preparado para necessariamente reproduzir. Ao impedi-lo de fazer isso, também se está impedindo a mulher de realizar as suas funções sociais de mãe e esposa. E pode-se dizer que se está até mesmo negando o valor do casamento, cujo objetivo fundamental, segundo as orientações morais e religiosas da época, é levar a cabo a procriação. Outro argumento evocado é a idéia de que a função reprodutiva na mulher é uma função tão importante quanto as outras funções vitais, como a respiração ou a circulação. Portanto, interferir no seu transcurso natural é colocar em risco a própria vida da paciente. Desse ponto de vista, a esterilização só pode causar sérios danos à saúde da mulher. E saúde não apenas física mas também mental, pois descrevem-se casos indicativos de mulheres esterilizadas que chegaram à loucura.

Não se pode deixar de mencionar também que está se tratando o tempo todo da concepção ou dos meios de evitá-la, mas em quase nenhum momento se fala do papel masculino. É como se a função da procriação fosse eminentemente da mulher ou como se a presença do homem fosse tão evidente que nem precisasse ser mencionada. No que se refere à esterilização, isso é ainda mais nítido. Referências a alguma possibilidade de esterilização masculina são completamente ausentes. Se alguém, apesar de todas as ressalvas, tiver de se submeter a algum meio de impedir a concepção, parece claro que esse alguém seja a mulher e não o homem. Contudo, a relação entre homem e mulher é acionada muito evidentemente de outra forma. Especialmente nos pareceres que acusam Abel Parente, transparece a idéia de que, se for preciso tomar a decisão de esterilizar uma mulher, ela é prioritariamente resultado de uma negociação entre o médico e o marido.

De todos esses argumentos, uma constante se destaca. Trata-se da referência à oposição entre natureza e sociedade. A polêmica criada pelo caso Abel Parente certamente tem a ver com disputas políticas, embates individuais, dramas pessoais, mas tem também o mérito de anunciar um debate em torno das definições de natureza e sociedade – ou cultura. O tempo todo, nos depoimentos transcritos, aparecem acusações e defesas baseadas em concepções sobre o que seriam funções naturais ou sociais da mulher. Discute-se o que está de um lado e de outro – da natureza e da cultura. A maternidade, por exemplo, é vista por alguns como pertencente à ordem da cultura e por

outros como algo da ordem da natureza. E luta-se por definir se é ou não possível interferir em cada um desses lados. Sendo assim, para alguns daqueles que acusavam Abel Parente, a reprodução é uma função vital para a mulher e a maternidade, uma função natural que embasa as suas funções sociais, ambas não podendo ser alteradas. Para alguns daqueles que defendiam o médico, a reprodução pode ser meramente um acontecimento na vida da mulher e sua ausência não implica danos, sendo a maternidade uma entre outras de suas possíveis funções sociais.

Esse parece ser um terreno delicado de disputas. A esterilização, por colocar a possibilidade de intervenção no processo de reprodução, com certeza é um fato que gera a necessidade de que os argumentos de ambos os lados se reforcem. Tanto quem vê a maternidade do lado da natureza como quem a vê do lado da sociedade é chamado a responder a partir de um fato novo. Talvez essas considerações indiquem uma das razões por que o caso Abel Parente parece ter provocado tanto a indignação dos doutores da época. Doutores que detinham a prerrogativa de definir os limites do natural e do social e o que era possível em cada um dos domínios. A esterilização traz a novidade de uma intervenção definitiva no corpo da mulher, que torna viável desvincular o sexo da procriação. Sem dúvida, um fenômeno desse gênero tem como conseqüência um explosivo debate, pois toca naquilo que até então era considerado imutável. E introduzir uma nova variável na relação entre ato sexual e a procriação significa também inaugurar novas dúvidas sobre as relações sociais daí decorrentes, baseadas nos laços de sangue. O caso Abel Parente põe em relevo a discussão sobre a intervenção médica no estreito e tênue vínculo entre reprodução biológica e laços sociais. Além disso, também indica como a ameaça da degeneração poderia justificar a intervenção da ciência – por meio da esterilização, por exemplo – na reprodução. A esterilização e mesmo decisões mais amplas relativas à reprodução não estariam mais no domínio das decisões individuais, mas no plano dos problemas coletivos, melhor administrados pela ciência, preocupada com a profilaxia social.

A separação entre natureza e cultura aparece como uma espécie de matriz fundamental com base na qual se tenta definir e mesmo justificar a manutenção de relações hierárquicas, seja entre os gêneros, seja entre as ‘raças’, por exemplo. No século XIX, a concepção de tal separação apresentava-se como um dos fundamentos dos desenvolvimentos científicos motivados por uma ânsia generalizada por classificação. Em todas as tentativas de definição da diferença sexual com base na biologia e de delimitação dos papéis sociais atribuídos a cada sexo que foram discutidas, quase sempre estava em jogo a questão da distinção entre o que é natural e o que é social ou cultural. Além disso, eram também bastante freqüentes as aproximações feitas entre a mulher e a natureza e o homem e a cultura.

Ludmilla Jordanova (1989) enfatiza como a associação entre mulher e natureza tem sido historicamente persistente. Isso porque natureza, cultura e gênero têm servido para expressar o desejo de clareza em áreas instáveis e problemáticas. Daí a importância de dicotomias ou de pares de oposição como formas fundamentais de a cultura organizar o mundo. Essas dicotomias, não apenas homem/mulher ou natureza/cultura mas também campo/cidade, matéria/espírito, corpo/mente, público/privado etc., têm uma história particular, relacionam-se entre si e se transformam com o passar do tempo,

demonstrando que não se trata de simples hierarquias lineares ou estáticas. Freqüentemente, é a possibilidade de os limites se tornarem vagos ou fluidos que provoca maior interesse, na ciência especialmente. É como se a manutenção da ordem social dependesse da clarificação de certas distinções-chave, dotadas de um poderoso capital simbólico. É o que aparece nos debates sobre sexo e papéis sexuais, especialmente no século XIX, que se concentram nos modos pelos quais as fronteiras sexuais podem ser borradas. Naquele momento, os médicos direcionavam suas atenções para as possibilidades de feminização do homem, representada pela homossexualidade, e de masculinização da mulher, que seria o resultado do excesso de trabalho físico e mental (Jordanova, 1989).

Além disso, também havia uma distinção entre o valor associado à mulher e à natureza, por um lado, e aquele associado ao homem e à cultura, por outro. Os homens representariam aquilo que é produto da consciência e ação humanas, como sistemas de pensamento e tecnologias, que agiriam e tentariam controlar a natureza, representada pelas mulheres. Considerando que a tarefa da cultura é superar a natureza, só haveria lugar para a subordinação feminina. Essa distinção também está fundamentada na idéia de que a mulher estaria mais diretamente envolvida com a vida da espécie, com a reprodução, em contraste com a fisiologia do homem, que o deixaria mais livre para que ele pudesse se dedicar aos empreendimentos da cultura (Kent, 1999). Entre os médicos do século passado havia uma preocupação constante com a manutenção de limites claros entre essas duas arenas, surgida a partir da possibilidade de entrada da mulher no mundo intelectual, do trabalho e da política, que implicaria a sua masculinização. A esfera do trabalho era vista como particularmente importante. Por isso as mulheres que abdicavam do papel de mãe e esposa em prol de uma profissão teriam sido tão estudadas pelos médicos e muitas vezes definidas como doentes. O contexto de grandes mudanças na ordem social, política e econômica do século XIX fazia com que a distinção entre natureza e cultura e a associação da mulher com a natureza se tornassem um argumento de particular importância.

Notas

1 Abel Parente nasceu na Itália e veio para o Brasil em 1890, onde residiu por 35 anos. Morreu em Nápoles em 1923. No ano de 1901 tinha um consultório na Rua do Ourives e uma clínica montada no antigo solar da Marquesa de Santos, que ocupou de 1898 até 1915. Foi membro fundador da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (*Catálogo do Museu do Primeiro Reinado*/Casa da Marquesa de Santos, s.d.).

2 Sobre o caso paradigmático da prostituição na França e as tentativas de regulamentá-la, ver o trabalho pioneiro de Alain Corbin (1989). Sobre a Inglaterra, recorrer ao estudo de Kent (1990).

3 Ver Rago (1993a). Os médicos higienistas, baseando-se em Parent-Duchâtelet e Lombroso, estenderam o conceito de prostituta a todas as mulheres que por algum motivo estivessem fora dos padrões considerados normais.

4 Em meados do século XIX havia ainda uma outra categoria das prostitutas, as escravas. Sobre este tema, ver o trabalho de Sandra L. Graham (1996). Sobre a participação estrangeira no universo da prostituição no Rio de Janeiro entre 1890 e 1930, ver Menezes (1992).

5 O debate em torno do que fazer diante do problema da prostituição dividiu as autoridades médicas. De um lado, estavam os defensores da regulamentação, que pretendiam isolar e organizar a prostituição, considerada um mal necessário à sociedade. De outro, os opositores da regulamentação, preocupados em diminuir e mesmo eliminar a prostituição (Engel, 1989a). Sobre este ponto e especialmente considerando a articulação entre prostituição e sífilis, ver Carrara (1996).

6 Talvez aqui esteja em jogo um certo distanciamento de Abel Parente em relação à elite médica da época e às sociedades de medicina, o que poderia incomodar e provocar a ira de seus adversários.

7 Em 12 de fevereiro de 1893, o médico que socorreu a paciente, Fernando Teixeira, escreve à Sociedade de Higiene do Brasil, relatando o fato ocorrido em 30 de julho de 1888 e anunciando que remeterá os fetos para a Sociedade, como prova do crime de Abel Parente. É interessante notar que a técnica e as conseqüências do referido fato só serão discutidas cinco anos depois de ocorrido este caso.

8 Constam como pareceristas: J. J. Fonseca Junior, Honorio Vargas, Costa Ferraz, Antonio Rodrigues Lima, A. Renauldy, João de Sant'Anna, Daniel de Almeida, Rodrigues dos Santos, Lopo D'Albuquerque Diniz, João Paulo de Carvalho, Caetano Werneck, Malcher Serzedello, Eduardo Chapot Prevost, Ubaldino do Amaral e Gaspar Menna Barreto de Barros Falcão.

9 Ainda em 1893, Rodrigues dos Santos publica C*ientificamente é Possível a Esterilização da Mulher*. Trata-se de um estudo de 40 páginas no qual o autor explica com pormenores o processo de concepção, passando pela descrição das 'células espermáticas' e do óvulo e dos órgãos reprodutivos masculinos e femininos. Ao que parece, o documento foi suscitado pela polêmica do invento Abel Parente, pois há trechos que reproduzem com exatidão o parecer publicado pela Sociedade de Higiene do Brasil. Vale notar ainda que é um dos raros estudos que ao falar de concepção e de esterilização da mulher mencionam os órgãos reprodutivos masculinos e a seu papel na fecundação. E o faz de maneira bem interessante aos olhos de hoje: atesta a semelhança inicial dos órgãos genitais nos primeiros meses da vida intra-uterina. Rodrigues dos Santos era uma das principais autoridades médicas em obstetrícia na época e teve algumas obras publicadas em francês. O tratado *Clinique Obstetricale* (1886) foi inclusive prefaciado por Pinard.

10 O *Brazil Medico*, no seu boletim bibliográfico, publicou um comentário ao trabalho que resume os seus principais argumentos, além de dar uma idéia da autoridade de seu autor, como mostra o seguinte trecho: "Falta-nos espaço e talvez mesmo a insuspeição precisa para analisar em todos os seus detalhes as opiniões largamente desenvolvidas, os conceitos criteriosamente expendidos neste volume pelo seu autor com a correção de forma e proficiência que todos lhe reconhecem. Um jornal

diário referindo-se a este trabalho disse, com grande acerto, que ele era mais do que bastante para reputar um profissional; nós acrescentaremos apenas que ele está na altura dos inquestionáveis merecimentos, dos justificados créditos do ilustrado professor de Propedêutica da nossa Faculdade" (*Brazil Medico*, 1893:253).

11 O autor acrescenta uma interessante digressão a respeito das dúvidas sobre o que poderia ser ou não considerado como aborto, o que tem variado com o passar do tempo: "O feto ainda não é o homem. Há de sê-lo: *futurus est*, diz o antigo padre da Igreja. Mas, antes de ser homem, é um elemento humano sobre o qual a sociedade já tem direitos positivos. Ao aborto, que, nas sociedades pagãs, era um delito contra os pais, a influência cristã imprimiu assim o cunho de uma revolta contra o interesse social. A vida embrionária, amparada, até então, unicamente contra os estranhos, deixou de ser propriedade dos progenitores, e passou a ser protegida contra estes. Daí começou a especulação teológica, inspirada talvez mesmo na autoridade de Hipócrates, a graduar criminalidades, conforme a fase da existência fetal em que a violência se operava. Desprezadas, porém, hoje, no domínio do direito penal, essas distinções entre períodos da vida intra-uterina, cujo limite, na prática, seria extremamente difícil, senão impossível, de estabelecer com a precisão e a segurança essenciais às delimitações jurídicas em matéria criminal, o feto, animado ou não animado (na antiga concepção dos canonistas), é objeto da mesma proteção legislativa nos códigos modernos, onde não se conhece nem a velha discriminação escolástica entre o aborto e a efluxão (*effluxio*), nem a classificação que, em obstetrícia, o extrema em ovular, embrionário, ou fetal. Síntese de todas as violências contra o feto, desde o momento de sua concepção até ao fim da sua existência visceral, o aborto designa, como expressão genérica, a destruição, a morte, ou a expulsão voluntária do embrião humano" (Castro, 1893:9).

12 Segundo o *Brazil Medico* (1893:289), o perito indicado pela Promotoria Pública para depor no caso foi o Dr. Augusto Brandão, que concluiu não ter o invento Abel Parente valor científico, jurídico, moral ou clínico. Seus argumentos, que ocuparam por nove vezes as páginas do *Jornal do Commercio* e debatiam diretamente com Francisco de Castro, que se servia das páginas de *O Paiz*, foram publicados mais tarde na brochura intitulada "O invento Abel Parente no ponto de vista de seu valor científico, jurídico, moral e clínico".

13 Esse e outros trechos de Erico Coelho são citados por Fernando Magalhães no livro *A Obstetrícia no Brasil* com um certo tom acusatório. Magalhães, que parece ter algumas disputas com Coelho, usa seu parecer favorável a Abel Parente para insinuar um comportamento desabonável. Ver Magalhães (1922).

14 Nessa sua defesa, talvez Erico Coelho nada mais fizesse do que lidar com uma constatação da realidade. Ao invés de condenar as prostitutas em termos morais, como os seus colegas, percebia que as mulheres recorriam a esse trabalho em busca de subsistência, uma das únicas formas possíveis, o que não aconteceria se tivessem condições de assumir outras profissões.

15 Nessa mesma reunião Publio de Mello, que então estava entrando para a Academia, se pronuncia dizendo que deseja retirar o seu pedido de parecer, origem de todas as

discussões, pois não queria ser o pomo da discórdia na casa que passará a freqüentar. Mas, nesse momento a questão já fora muito longe e não se resumia mais a responder a Publio de Mello, sendo rejeitada a sua tentativa de desistência.

16 Na sessão na Academia Nacional de Medicina de 7 de novembro de 1901, Nascimento faz referência ao fato de ter sido acusado de violação do segredo profissional ao denunciar o caso de esterilização e conseqüente enlouquecimento de Maria Antonieta. Diz que não se trata de violação do segredo, já que era amigo da família e estava denunciando um crime (*Brazil Medico*, 1901).

17 Todas essas informações têm origem nas atas das reuniões da Academia Nacional de Medicina que aparecem tanto nos *Annaes da Academia Nacional de Medicina* como na seção Associações científicas do periódico *Brazil Medico*. Como há diferenças importantes e dados complementares entre as transcrições, utilizam-se aqui simultaneamente as duas fontes.

18 Esse artigo tem origem na comunicação feita por Nery na sessão de 13 de dezembro de 1900 da Academia Nacional de Medicina.

19 Ao que parece, a oclusão da trompa de falópio seria uma novidade no método de Abel Parente, já que no caso de 1893 não há nenhuma referência a isto.

20 Agradeço aos funcionários do Museu do Primeiro Reinado pelo acesso a essas informações. O museu, instalado na Casa da Marquesa de Santos, possui poucos registros da passagem de Abel Parente pelo local, além de alguns dados coletados por Maria Eugenia Cardoso.

21 Contudo, o próprio Accetta (1907) faz questão de dizer há médicos renomados que apregoam a castração como profilaxia da loucura. Essa disputa de argumentos acerca da existência de uma relação entre intervenção ginecológica e desordens mentais e se esta intervenção constitui causa da doença ou forma de cura é um ponto importante que aparece durante todo o período pesquisado.

5

Uma Natureza Instável e Perigosa

O objetivo deste estudo foi demonstrar como a preocupação com a diferença entre os sexos é uma marca característica da medicina durante o século XIX no Brasil, tal como já tinham demonstrado Laqueur (1992), Schiebinger (1987) e Moscucci (1996), entre outros, para contextos diferentes. Foi possível observar essa preocupação em, pelo menos, três planos distintos. Primeiramente, considerando o nível da institucionalização e especialização da medicina, expôs-se como o próprio surgimento da ginecologia está articulado aos empreendimentos científicos que se centravam na classificação e na delimitação das fronteiras entre os seres humanos. A ginecologia, além de tratar dos fenômenos relativos aos órgãos reprodutivos na mulher, constituía também uma verdadeira ciência da feminilidade e da diferenciação entre homens e mulheres. Em um segundo plano, viu-se como nas teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – um discurso oficial e de pretensões normativas – a necessidade de delimitação de traços distintivos entre homens e mulheres aparece com notável freqüência, especialmente nos trabalhos que tratam da puberdade e do estabelecimento normal da vida reprodutiva feminina e também das suas perturbações. E, por último, analisando o caso Abel Parente, pôde-se constatar como nos debates que envolveram um drama social concreto, os argumentos em torno das qualidades e atribuições específicas a homens e mulheres eram acionados.

Contudo, em caso de se recuperar as nuances e precisões feitas nas teses ou apontadas nas polêmicas públicas, há algo além da necessidade de reafirmação da diferença sexual, que parece escapar à hipótese central de Laqueur (1992). Trata-se do problema da natureza constitutiva de tal diferença. Os médicos estão dizendo a todo momento que existe de fato uma diferença natural entre homens e mulheres. Mas, isso não quer dizer que ela seja estática ou dada *a priori*. Parece, isso sim, estar sujeita a intervenções externas. É natural, mas não definitiva. Na verdade, se fosse definitiva, dada a partir de variáveis puramente biológicas e inatingíveis, as ameaças a sua integridade não chamariam tanto a atenção dos médicos.

A recuperação de exemplos pode confirmar essa hipótese em vários momentos. Na descrição das trajetórias das primeiras mulheres médicas, viu-se como freqüentemente pairava sobre elas a suspeita de masculinização. Ou seja, a dedicação a uma profissão

– masculina – afetaria a sua constituição, os seus atributos femininos, o seu temperamento tido como mais dócil e inocente. Já nas teses de medicina, inúmeras são as passagens que tratam de como durante a infância meninos e meninas apresentariam uma constituição física e mesmo temperamental bastante assemelhada e que seria somente a partir da puberdade que a diferenciação sexual aconteceria com vigor. A diferenciação praticamente não existiria durante a infância e seria um processo que ocorreria a partir de um determinado momento, envolvendo uma série de condições. Caso esse processo não fosse bem administrado, as influências do meio poderiam prejudicar ou impedir que se chegasse ao resultado esperado, de amadurecimento sexual e reprodutivo de homens e mulheres.

A vida nas cidades, a freqüência a bailes, a leitura de romances e, especialmente, a educação 'exagerada', poderiam corromper a natureza de uma menina e impedi-la de chegar a se tornar uma mulher 'perfeita', o que se traduzia, sobretudo, na capacidade de ser mãe. Nesse caso, os prejuízos se dariam tanto no plano moral, a partir da influência de idéias emancipatórias que elas viessem a assumir, quanto no plano físico, implicando em perturbações em toda a sua economia corporal. Na puberdade, todas as energias do organismo feminino precisariam ser direcionadas para a boa formação dos órgãos reprodutivos. A educação exigiria um grande esforço por parte das meninas, que não eram 'naturalmente' dotadas para o desenvolvimento intelectual. Com isso, todas as energias que deveriam servir para o amadurecimento da capacidade reprodutiva eram redirecionadas para o cérebro. Como resultado, as jovens que se dedicavam aos estudos jamais chegariam a se tornar mulheres capazes de procriar um bom número de filhos saudáveis, colocando em risco o que era tido como o seu destino natural, a maternidade. Embora muito se esforçassem, também nunca chegariam a grandes feitos intelectuais, já que não tinham os atributos naturais para tanto.

Além disso, ao se considerar os trabalhos que tratam de doenças como a histeria, a ninfomania, a erotomania, aqueles que se dedicam ao tema da prostituição e também as descrições apresentadas no caso Abel Parente, percebe-se que também agentes como a 'civilização moderna', as 'más companhias', ou a 'influência de um médico sem escrúpulos' poderiam ser responsáveis pelo 'desvirtuamento' do comportamento feminino. Foi assim que dona Maria Antonieta, 'convencida pelas amigas esterilizadas' e influenciada pelo dr. Abel Parente, de 'boa mãe e esposa' se converteu em uma 'louca e pervertida'. O condizente com a sua natureza, como toda mulher, era ser governada pelo instinto materno e pelo amor à família. Porém, foi 'pervertida' por um ambiente desfavorável. No caso desse tipo de perversão, um dos sintomas recorrentes era a manifestação do desejo sexual fora dos limites considerados normais, 'evidente' em comportamentos como o adultério ou a masturbação. Ao se recordar que os médicos do período defendiam que o desejo sexual era mais forte e legítimo nos homens, não causa estranheza o fato de perceberem esse traço nas mulheres como um distanciamento do comportamento feminino considerado normal e, portanto, condizente com a diferença prescrita entre os sexos. Como visto, não raramente as tentativas de reversão do quadro chegavam a formas de tratamento que envolviam a reclusão e até mesmo a cirurgia.

Outro dado que deixa evidente como, apesar de natural, a distinção entre homens e mulheres não era garantida diz respeito ao próprio vocabulário utilizado pelos médicos. A idéia de que as influências do meio poderiam ser "perniciosas" (Andrade, 1839), que as meninas poderiam tentar "contrariar os esforços da natureza" (Fausto, 1846) e de que era preciso "administrar" a puberdade feminina (Andrade, 1839; Fausto, 1846), "dirigir os impulsos" (Mello, 1841), de que as mães deveriam "ajudar a natureza" (Fausto, 1846) indica que a natureza é algo maleável, passível de direcionamento e amoldamento. É nesse sentido que os médicos vão se esforçar tanto, como legítimos conhecedores dos desígnios naturais, em definir as regras a serem adotadas.

É preciso ainda acrescentar, considerando o material analisado, que há também uma gradação dentro daquilo que é tido como o modelo de feminilidade. Ou seja, dependendo dos resultados do seu processo de desenvolvimento, a mulher chega a um determinado grau de perfeição em relação às características femininas ideais. A puberdade, por exemplo, é descrita como o momento em que a menina tem a chance de "aproximar-se da perfeição", que significa tornar-se uma mulher capaz de ser mãe (Mello, 1841). Da mesma forma, a menstruação é apresentada como o "termômetro da perfectibilidade" feminina (Maia, 1896). Isto é, mais uma vez está em questão um processo, sujeito ao favorecimento ou não do desabrochar das características tidas como 'essencialmente' femininas em cada mulher.

Pode-se perceber, com tais exemplos, que se trata não apenas de delimitar e insistir na diferença entre os sexos, mas também de prever a sua instabilidade. Alguns autores têm chamado a atenção para esse aspecto e ajudado a problematizar a ênfase no binarismo sexual e de gênero. O trabalho de Jornanova (1989) é com certeza uma referência fundamental nesse debate. A autora, estudando as imagens relativas ao gênero na ciência e medicina do século XVIII ao século XX, mostra como há um incessante anseio na história de nossa sociedade por clarificar áreas consideradas problemáticas ou instáveis em nossas representações, como seriam os domínios da natureza, cultura e gênero. A preeminência e a constância de dicotomias ou de características oposicionais representariam tentativas de resolução dessa necessidade. Dicotomias como homem/mulher ou natureza/cultura, mas também campo/cidade, matéria/espírito, corpo/mente, público/privado etc., têm uma história particular, relacionam-se entre si e se transformam com o passar do tempo, demonstrando que não se trata de simples hierarquias lineares ou estáticas. Aliás, é exatamente a possibilidade de os limites tornarem-se vagos ou fluidos que provoca maior interesse, na ciência especialmente. É como se a manutenção da ordem social dependesse dessas tentativas de clarificação. Os debates sobre sexo e papéis sexuais, por exemplo, especialmente no século XIX, se concentram nos modos pelos quais as fronteiras sexuais podem ser borradas. Naquele momento, os médicos direcionavam suas atenções para as possibilidades de feminização do homem, representada pela homossexualidade, e de masculinização da mulher, que seria o resultado do excesso de trabalho físico e mental. Parecia então evidente que as influências do meio poderiam intervir na operação de distinção entre os sexos (Jornanova, 1989).

A autora chama a atenção para o fato de que, muitas vezes, a distinção entre homens e mulheres estava centrada muito mais em graus diferenciados de potencialidades

humanas do que em uma diferença radical. Recorre ao exemplo da distinção psicológica entre homens e mulheres. No século XVIII, imaginava-se que em cada indivíduo aconteceria uma luta interna entre os elementos considerados masculinos (como a razão e a inteligência) e aqueles percebidos como femininos (como a paixão e a emoção). Em termos de estereótipos, os homens seriam sérios e pensativos e as mulheres, frívolas e emotivas. Mas não havia uma total divisão das propriedades mentais por sexo e sim um contínuo (Vila, 1995). Já no século XIX a divisão psicológica entre os sexos torna-se rígida e chega-se mesmo a duvidar da presença da razão nas mulheres, que passam cada vez mais a ser associadas a características como a paixão e a emoção. Desde então, a oposição entre os pólos começa a ser entendida como mais rígida e menos flexível (Jordanova, 1989).

O que parece mais interessante no argumento da autora é o fato de que as relações entre os pares de oposição implicavam complexas construções. Considerando que valores variados podem ser associados a indivíduos, a pares ou mesmo a conjuntos de dicotomias, não era possível pensar em uma única e contínua escala. Contudo, o problema mais significativo era o perigo da indistinção ou do ultrapassamento das fronteiras:

> *Freqüentemente era precisamente o grau de indistinção entre os dois lados que era o mais notado. Por exemplo, debates sobre sexo e papéis sexuais, especialmente durante o século XIX, vinculavam-se às maneiras pelas quais as fronteiras sexuais se tornavam borradas. Era como se a manutenção da ordem social dependesse da clarificação de certas distinções cruciais cujos significados simbólicos disseminavam-se para bem além do seu contexto explícito.* (Jornadova 1989:22)

Além disso, admitir as influências do meio sobre a humanidade era uma concepção bastante vigorosa na época. Todas as coisas vivas e o ambiente estavam sempre em contínua interação e cada um poderia mudar o outro. As diferenças sexuais, assim como a anatomia e a fisiologia, também eram passíveis de sofrer transformações. Se, por um lado, admitia-se que as diferenças estavam enraizadas na natureza, em virtude da relação com as características físicas de cada sexo, por outro, eram percebidas como mutáveis. Como os aspectos fisiológicos, mentais e sociais do ser humano eram percebidos como em profunda interação, o gênero também sofria das influências dos costumes e hábitos da vida cotidiana como dieta, exercícios, ocupação (Jordanova, 1989).

A hipótese da preeminência da diferença sexual, portanto, precisa ser bastante complexificada. É nessa direção que caminha o trabalho de Matus. A autora elabora uma chave muito produtiva para se refletir sobre a questão do sexo e reprodução na medicina. Matus argumenta que apesar de a diferença sexual ser entendida como natural ou condição biológica pré-dada, ela é ao mesmo tempo concebida como instável e precária, adquirida na puberdade mais do que manifestada no nascimento. Essa idéia de 'transitividade sexual' permitira reivindicar uma maior atenção ao que as condições sociais poderiam fazer com as provisões que a natureza fornecera. Segundo Matus (1995:10):

> *A concepção de transitividade sexual – um continuum de seres sexuados ao invés de um divisor radical entre opostos incomensuráveis – prestou-se também a pretensões culturais importantes. Ela avalizou argumentos sobre a diferença de*

classe e de raça e, ao mesmo tempo, preservou a noção de sexualidade como um mandato natural, biológico. Se a cultura poderia transformar a sexualidade biológica, refinando-a ou desestabilizando-a, então o cuidadoso monitoramento e avaliação das tendências e diferenças culturais tornava-se algo de grande relevância. A natureza havia feito provisões para a sexualidade humana, mas a cultura estava livre para perverter, distorcer ou conspurcar os dons naturais.

A partir daí Matus afirma que os debates em torno da diferença sexual no século XIX colocavam em cena distintas representações sobre sexo, natureza e cultura que explicitavam interesses diferenciados. Tais representações, nos textos vitorianos, não seriam homogêneas ou consistentes, mas múltiplas e contraditórias, mesmo dentro de grupos específicos como o de médicos homens ou de mulheres escritoras, por exemplo. Nesse sentido, a perspectiva de Foucault da sexualidade como uma construção cultural e um processo complexo e instável, na qual está em jogo uma multiplicidade de elementos discursivos, é de grande valia. Para Matus, a noção de instabilidade é fundamental, tanto no sentido de que o discurso biomédico elabora uma noção de corpo instável, quanto com relação ao fato de que as próprias representações constituem um 'corpo instável' de discurso. Esse enfoque leva a autora a destacar a noção de propensão natural. O termo propensão aponta para a idéia de atividade, para a possibilidade de mudança ou movimento, mas indica também uma noção de direcionamento. As propensões fundamentam-se em forças naturais, porém são também instáveis e mutáveis. Como conseqüência, implicariam na possibilidade de explicação das diferenças entre raças, classes e nações, ao mesmo tempo em que levariam a uma demanda por vigilância e proteção (Matus, 1995).

As teorias vitorianas da diferenciação sexual enfatizam uma grande diferença e uma complementaridade natural entre os sexos, mas elas também estão muito preocupadas com a instabilidade daquela diferença. A definição do sexo aparece como um processo dinâmico que responde ao ambiente e aos hábitos e depende de um corpo permeável e mutável. Se por um lado era preciso legitimar a radicalidade da diferença sexual entre homens e mulheres, por outro as teorias da fluidez sexual eram úteis na formulação de idéias sobre as diferenças entre mulheres de distintas classes ou culturas. Haveria uma essência comum a todas as mulheres, mas também diferenças entre elas. A rígida distinção entre os sexos constituía um imperativo da cultura vitoriana e as representações médicas eram importantes elementos que participavam na elaboração dessa distinção. Contudo, sexo e sexualidade eram também categorias ambíguas dentro desse discurso. A noção de diferença sexual implicava a consideração de semelhança e continuidade. Havia incertezas sobre o que distinguia os sexos e em que medida a sexualidade pertencia à natureza ou à cultura. Para Matus, a noção de aproximação apareceria, por exemplo, na noção darwiniana de ancestrais humanos hermafroditas, no interesse que a androginia despertava no fim do século XIX, na idéia de que as glândulas mamárias caracterizavam a espécie (homens e mulheres indistintamente), na possibilidade da menstruação masculina ou na preocupação freudiana com a bissexualidade (Matus, 1995).

A autora dialoga com o trabalho de Laqueur e faz algumas ponderações bastante relevantes. O modelo binário da diferença sexual teria um papel de extrema importância

na conformação da ideologia vitoriana que precisava representar a diferença como natural, corporal, anatômica. No entanto, apesar dessa biologia da diferença servir à hegemonia da classe média vitoriana, justificando formas de organização social dependentes da definição da mulher como essencialmente diferente, ela também tinha usos políticos ambivalentes. Algumas feministas, por exemplo, recorriam à mesma noção para apoiar suas propostas. As idéias sobre a diferença, assim como o uso ideológico do corpo sexuado, eram complexos e diversos mais que monolíticos ou 'conspiratoriamente misóginos'. O debate apontava também para a consideração de uma similaridade básica entre os sexos. Matus acredita que, em que pese Laqueur reconhecer a continuidade das idéias sobre o parentesco entre os sexos, sua preocupação maior é com o modo no qual a diferenciação sexual se tornou um imperativo cultural. Por isso, em seu trabalho a diferença que de fato aparece como preponderante ofusca a presença da similaridade entre os sexos (Matus, 1995). Para a autora, apesar da crescente insistência cultural na diferença sexual, persistem nos textos médicos do século XIX a ênfase no sexo como um espectro de possibilidades e a diferença entre sexualidade masculina e feminina como um problema de grau mais do que de natureza (Matus, 1995).

O corpo estaria aberto a influências externas. O meio, a nutrição, a vida social poderiam desestabilizar ou alterar o trabalho da natureza. Sendo assim, a cultura, ou o ambiente em sentido amplo, precisariam ser regulados e controlados. A natureza teria providenciado a diferença sexual, mas a sua boa definição durante a vida poderia sofrer ameaças, o que exigia um monitoramento. Enquanto as idéias sobre a diferenciação sexual essencial e universal embasavam a doutrina das esferas separadas, a definição da sexualidade como um processo dinâmico e instável que respondia ao ambiente e à cultura servia para as distinções entre classes e raças. As diferenças anatômicas das mulheres de classe trabalhadora, prostitutas ou negras africanas seriam explicadas pelo fato de que a natureza sexuada do corpo era dinâmica e aberta a mudanças. A natureza poderia ser moldada e, especialmente, pervertida pela cultura (Matus, 1995).

O corpo feminino, na medida em que era visto primeiramente como o corpo reprodutivo, demandava uma atenção especial, particularmente quando se estava diante das novas reivindicações das mulheres. Um tipo de perversão muito citado pelos médicos ocorria em razão da educação feminina. Partindo de uma preocupação mais geral com a tendência degenerativa do corpo e respondendo às demandas feministas por educação e profissionalização, os médicos enfatizaram que a educação poderia atrofiar os órgãos reprodutivos femininos e masculinizar as mulheres (Matus, 1995).

Os argumentos em torno de um cuidado maior na administração do processo que leva os seres do sexo feminino a atingirem a perfectibilidade têm uma outra raiz importante. Trata-se da noção de que as mulheres seriam mais vulneráveis do que os homens às influências externas. Sendo assim, se em um plano temos a afirmação da instabilidade da diferença sexual e a necessidade de seu governo, em outro, identificamos a crença em uma instabilidade muito maior nas mulheres, o que implicaria um controle muito mais atento no seu caso.

As mulheres pareciam mais sujeitas a todo tipo de influências, tendo em vista que se concebia que eram mais frágeis e vulneráveis tanto física quanto moral e intelectualmente. Isso estaria relacionado a uma suposta maior sensibilidade que as caracterizaria.

Elas seriam altamente sensíveis como as crianças e muito mais passionais do que os homens, mediante algumas marcas peculiares de sua natureza como maior delicadeza de suas fibras e irritabilidade do sistema nervoso (Jordanova, 1989; Moscucci, 1996). Segundo Peter (1980), para alguns autores, sua própria existência normal já as confundia com seres doentes e por isso eram até chamadas de 'patologias ambulantes'. Isso se dava em decorrência da série de fenômenos que transformavam sua vida constantemente, como as gravidezes ou as 'hemorragias periódicas'. O curioso é que tais processos se davam dentro de uma ordem. Afinal, a própria menstruação era chamada de 'regras' e indicava o estado de saúde da mulher. Mas essa ordem parecia estranha e bizarra, difícil de compreender. Por isso as mulheres eram representadas como seres ambíguos, nos quais tudo circulava, entrava e saía. Dessa forma, seus corpos asseguram um equilíbrio perpetuamente balanceado, embora instável. Nesse modelo, "sua vida física e moral se desenvolve na mobilidade, na plasticidade, na hipersensibilidade" (Peter, 1980:83).

As mulheres eram descritas na literatura médica como seres estranhos, capazes de perverter a ordem do mundo, em razão de toda essa instabilidade. Ao mesmo tempo, contudo, elas eram fundamentais para a garantia dessa ordem, em virtude de seu papel como procriadoras. Era dando à luz novos seres que cumpririam a função de renovar as gerações e conservar a humanidade. Portanto, compreendê-las se tornava um imperativo (Peter, 1980).

No fundo, era a possibilidade de mudanças significativas nas relações de gênero, entre outros fatores, que estaria na origem da ênfase que a medicina, especialmente do século XIX em diante, concede à diferença entre homens e mulheres. Essas modificações estavam associadas a uma gradativa ocupação do espaço público pelas mulheres, especialmente no que se refere ao mercado de trabalho. Além disso, a medicina, nessa época, adquire cada vez mais prestígio. As grandes descobertas científicas que marcaram o século reforçam a idéia de que a partir da observação da natureza poder-se-ia chegar à verdade dos fatos. E eram os cientistas, e no caso do corpo humano, os médicos, os legítimos donos dos instrumentos, das chaves de compreensão, que permitiriam abstrair o conhecimento. Os médicos teriam o importante papel de revelar para a sociedade aquilo que a natureza deixava evidente nos corpos. O interessante é poder se considerar o fato de como esse trabalho já estava, desde o início e em alguma medida, permeado pelas concepções culturais desses médicos. Ou seja, aquilo que percebiam como natural já era fruto de suas visões de mundo, de suas noções morais, de suas referências sobre as relações de gênero. É considerando-se esse aspecto fundamental que se compreende porque a delimitação do que era do âmbito da natureza e da cultura adquire tamanha importância.

A intensidade com que os discursos médicos se propuseram a abordar as diferenças calcadas na natureza demonstra o quanto elas pareciam imprescindíveis naquele contexto. É com base naquilo que descreviam como natural que os médicos criassem prescrições relativas às funções sociais de homens e mulheres. Era porque viam no corpo feminino apenas a manifestação da capacidade reprodutiva que desestimulavam ou mesmo condenavam a educação e o trabalho feminino fora de casa. Contudo, deixavam de reconhecer que suas observações dos chamados 'dados naturais' estavam

condicionadas as suas próprias expectativas, como personagens imersos em um determinado contexto social fortemente marcado por uma hierarquia entre os gêneros que se baseava na distinção entre as esferas privada e pública e na oposição entre natureza e cultura. Para a medicina da época, a natureza já tinha estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir e da qual não se podia, ou não se queria, escapar.

Referências

ALMEIDA, A. M. de. Notas sobre a família no Brasil. In: ALMEIDA, A. *et al*. (Ed.) *Pensando a Família no Brasil: da colônia à modernidade.* Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

ARAUJO, A. R. de. *A Assistência Médica Hospitalar no Rio de Janeiro no Século XIX*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Cultura/MEC, 1982.

AZEVÊDO, E. S. & FORTUNA, C. M. M. A mulher na medicina: estudo de caso e considerações. *Ciência e Cultura*, 41(11): 1.086-1.090, 1989.

BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBERIS, D. S. *Indivíduo e Personalidade na Psicologia Fisiológica Francesa do Final do Século XIX*, 1992. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRJ.

BERRIOT-SALVADORE, E. *Un Corps, un Destin*. Paris: Honoré Champion Ed., 1993.

BESNARD, P. Durkheim et les femmes ou le suicide inachevé. *Revue Française de Sociologie*, XIV: 27-61, 1973.

BICALHO, M. F. *O Bello Sexo: imprensa e identidade feminina no Rio de Janeiro em fins do século XIX*, 1988. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRJ.

BLEIER, R. (Ed.) [1986]* *Feminist Approaches to Science*. New York: Teachers College Press, 1991.

BORGES, D. *The Catholic Church and Social Medicine in Brazil: 1889-1930*. Washington: Latin American Studies Association XVI International Congress, 1991.

BORGES, D. Puffy, ugly, slothful and inert: degeneration in Brazilian social thought, 1880-1940. *Journal of Latin American Studies*, 25:235-256, 1993.

BOURGEOIS, L. [1609] *Observations Diverses sur la Sterilité, Perte de Fruits, Fécondité, Accouchements et Maladies des Femmes et Enfants Nouveau-nés*. Paris: Côte-femmes, 1992

BRODIE, J. F. *Contraception and Abortion in Nineteenth-century America*. Ithaca: Cornell Univ. Press, 1994.

* As datas entre colchetes correspondem às primeiras edições das obras.

BUCKLEY, T. & GOTTLIEB, A. (Eds.) *Blood Magic: the anthropology of menstruation*. Berkeley: University of California Press, 1988.

BULLOUGH, V. & VOGHT, M. Women, menstruation, and nineteenth-century medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, XLVII(1): 66-82, 1973.

BURKE, P. [1991] *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Editora Unesp, 1992.

CARRARA, S. L. Os infortúnios da luxúria: liberdade e determinismo em uma obra de ficção higienista da primeira metade do século. *Comunicações do PPGAS*, 7-32, 1992.

CARRARA, S. L. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CARRARA, S. L. Sexualidade e sexologia no Rio de Janeiro de entre-guerras. *Cadernos do Ipub*, 8: 113-128, 1997.

CASSEL, J. The woman in the surgeon's body: understanding difference. *American Anthropologist*, 98(1): 41-53, 1996.

CASTLE, T. The female thermometer. *Representations*, 17: 1-27, 1987.

Catálogo Coletivo de Publicações Periódicas em Ciências Biomédicas. Rio de Janeiro: CNPq/ Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, 1977.

Catálogo de Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 1985.

Catálogo do Museu do Primeiro Reinado. Rio de Janeiro: Casa da Marquesa de Santos, s/d.

CIANFRANI, T. *A Short History of Obstetrics and Gynecology*. Springfield: Charles C. Thomas, 1960.

CORBIN, A. [1978] *Les Filles de Noce: misère sexuelle et prostitution au XIXe siècle*. Paris: Flammarion, 1989.

CORBIN, A. Bastidores. In: PERROT, M. (Ed.) *História da Vida Privada IV: da Revolução Francesa à Primeira Guerra.* São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

CORRÊA, M. *As Ilusões da Liberdade: a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil.* Bragança Paulista: Edusf, 1998.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CUNHA, M. C. P. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*, 18: 121-144, 1989.

CUTTER, I. & VIETS, H. *A Short History of Midwifery*. Philadelphia, London: W. B. Sanders Company, 1964.

DARMON, P. *Le Mythe de la Procréation à l'Âge Baroque*. Paris: J.-J. Pauvert, 1977.

DARMON, P. *La Vie Quotidienne du Médecin Parisien en 1900*. Paris: Hachette, 1988.

DAVIS, D. L. Georg Bear & Lydia Pinkham: gender, class, and nerves in late 19th century America. In: DAVIS, D. & LOWS, S. (Eds.) *Gender, Health, and Ilness: the case of nerves.* New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1989.

DEL PRIORI, M. *Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia* Rio de Janeiro, Brasília: José Olympio, Editora UnB, 1993.

DEVRAIGNE, L. *L'Obstetrique à travers les Âges*. Paris: G. Doin & Cie., 1939.

DIAS, M. O. da S. Novas subjetividades na pesquisa histórica feminista: uma hermenêutica das diferenças. *Estudos Feministas*, 2(2): 373-382, 1994.

DIAS, M. O. da S. [1984] *Cotidiano e Poder em São Paulo no Século XIX*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

DUARTE, A. L. *Cidadania e Exclusão: Brasil 1937-1945*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

EDLER, F. C.; FERREIRA, L. O. & SANTOS, M. R. Os impasses do ensino e da profissão médica no Rio de Janeiro no século XIX. *Cadernos de História e Saúde*, 2: 94-106, 1992.

ELIAS, N. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989. v. 1.

Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura. Lisboa: Ed. Verbo, s/d.

Enciclopédia Mirador Internacional. São Paulo, Rio de Janeiro: Enciclopédia Britânica do Brasil Publicações, 1991.

ENGEL, M. A cidade, as prostitutas e os médicos. *Revista Rio de Janeiro*, 1(3): 31-39, 1986.

ENGEL, M. *Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição na cidade do Rio de Janeiro, 1849-1890*. São Paulo: Brasiliense, 1989a.

ENGEL, M. Imagens femininas em romances naturalistas brasileiros (1881-1903), *Revista Brasileira de História*, 18: 237-258, 1989b.

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORI, M. & BASSANEZI, C. (Eds.) *História das Mulheres no Brasil.* São Paulo: Contexto, 1997.

EPSTEIN, J. L. Writing the unspeakable: Fanny Burney's mastectomy and the fictive body. *Representations*, 16: 131-166, 1986.

ESNAULT, J. *La Maternité de Port-Royal au Début du XIXe Siècle d'après les Remarques d'Osiander*, 1980. Tese de Doutorado, Paris: Faculté de Médecine, Université René Descartes – Paris V.

EYNARD, D. *Historique de l'Accession de la Femme à l'Enseignement Public et aux Études Médicales en France*, 1981. Tese de Doutorado, Lyon: Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude-Bernard.

FARIA, L. de C. Pesquisas de antropologia física no Brasil. *Boletim do Museu Nacional*, 13: 7-20, 1952.

FAUSTO-STERLING, A. [1985] *Myths of Gender: biological theories about women and men*. New York: Basic Books, 1992.

FAY-SALLOIS, F. [1980] *Les Nourrices à Paris au XIXe Siècle*. Paris: Payot, 1997.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. *Dits et Écrits (1954-1988)*. Paris: Gallimard, 1994.

FRY, P. Léonie, Pombinha, Amaro e Aleixo: prostituição, homossexualidade e raça em dois romances naturalistas. In: EULALIO, A. *et al*. (Eds.) *Caminhos Cruzados*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

GARCIA, U. *Da Intervenção Cirúrgico-Ginecológica em Alienação Mental*, 1901. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

GAY, P. *Education of the Senses*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1984.

GÉLIS, J. Sages-femmes et accoucheurs: l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles. *Annales*, 5(sept.-oct.): 927-957, 1977.

GÉLIS, J. *L'Arbre et le Fruit: la naissance dans l'Occident moderne, XVIe-XIXe siècles*. Paris: Fayard, 1984.

GILMAN, S. L. Black bodies, white bodies: toward an iconography of female sexuality in late nineteenth-century art, medicine, and literature, *Critical Inquiry*, 12: 204-242, 1985.

GIUMBELLI, E. A. *O Cuidado dos Mortos: uma história da condenação e legitimação do espiritismo*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1997.

GOLDSTEIN, J. The hysteria diagnosis and the politics of anticlericalism in late nineteenth-century France. *The Journal of Modern History*, 54(2): 209-239, 1982.

GOLDSTEIN, J. The uses of male hysteria: medical and literary discourse in nineteenth-century France. *Representations*, 34: 134-165, 1991.

GONÇALVES, M. de A. Expostos, roda e mulheres: a lógica da ambigüidade médico-higienista. In: ALMEIDA, A. *et al*. (Eds.) *Pensando a Família no Brasil: da colônia à modernidade.* Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

GONDELAUD-ROS, H. *La Gynécologie Pratique à la Fin du XIXe Siècle*, 1989. Tese de Doutorado, Aix-Marseille: Faculté de Médecine, Université d'Aix-Marseille II.

GOVEDART, J.-J. *Le Docteur Alberto Liptay (1859-1922), Neo-malthusien Polémiste: un curieux ancêtre de L'I. V. G. et du planning familial*, 1993. Tese de Doutorado, Caen: Faculté de Médecine, Université de Caen.

GRAHAM, S. L. O impasse da escravatura: prostitutas escravas, suas senhoras e a lei brasileira de 1871. *Acervo*, 9(1-2): 69-84, 1996.

Grande Enciclopédia Delta Larousse. Rio de Janeiro: Delta, 1978.

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. Lisboa, Rio de Janeiro: Editorial Enciclopédia, s/d.

GRONEMAN, C. Nymphomania: the historical construction of female sexuality. *Signs*, 19(2): 337-367, 1994.

GUERRAND, R.-H. Haro sur la masturbation! In: DUBY, G. (Ed.) *Amour et Sexualité en Occident.* Paris: Seuil, 1991.

GUILLAUME, P. *Médecins, Église et Foi: XIXe et XXe siècles*. Paris: Aubier, 1990.

GUILLAUME, P. *Le Rôle Social du Médecin depuis Deux Siècles – 1800-1945*. Paris: Association pour l'Étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, 1996.

HALL, L. A. Havelock's heirs: the history of sexuality today, *Social History of Medicine*, 7(1):135-142, 1994.

HALLER JR., J. S. & HALLER, R. M. [1974] *The Physician and Sexuality in Victorian America*. Urbana: Southern Illinois University Press, 1995.

HARAWAY, D. Animal sociology and a natural economy of the body politic. *Signs*, 4(1):21-60, 1978.

HARDING, S. *The Science Question in Feminism*. Ithaca: Cornell University Press, 1986.

HARDING, S. & O'BARR, J. F. [1975] *Sex and Scientific Inquiry*. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.

HERZLICH, C. & PIERRET, J. *Malades d'Hier, Malades d'Aujourd'hui*. Paris: Payot, 1984.

HUBBARD, R. *The Politics of Women's Biology*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1990.

HUNT, L. (Org.) *A Nova História Cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 1995a.

HUNT, L. 'Apresentação: história, cultura e texto'. In: HUNT, L. (Org.) *A Nova História Cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 1995b.

JORDANOVA, L. *Sexual Visions, Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. London: Harvester Wheatsheaf, 1989.

JURAMY, D. *Images des Femmes à travers un Journal de Vulgarisation Médicale de la Fin du XIXe Siècle*, 1986. Tese de Doutorado, Creteil: Faculté de Médecine, Université Paris Val de Marne.

KAASTRUP, D. M. P. *A Mulher na Medicina*. Porto Alegre: Martins Livreiro, 1983.

KÄPPELI, A.-M. Escenarios del feminismo. In: DUBY, G. & PERROT, M. (Eds.) *Historia de las Mujeres en Occidente.* Madrid: Taurus, 1993.

KENT, S. K. [1987] *Sex and Suffrage in Britain (1860-1914)*. London: Routledge, 1990.

KNIBIEHLER, Y. & FOUQUET, C. *La Femmes et les Médecins*. Paris: Hachette, 1983.

KRUG, K. Women ovulate, men spermate: Elizabeth Blackwell as a feminist phisiologist, *Journal of the History of Sexuality*, 7(1): 51-72, 1996.

LAGET, M. La naissance aux siècles classiques. *Annales*, 5(sept.-oct.):958-990, 1977.

LAGET, M. *Naissances: l'accouchement avant l'âge de la clinique*. Paris: Seuil, 1982.

LAQUEUR, T. Orgasm, generation, and the politics of reproduction biology. In: GALLAGHER, C. (Ed.) *Making of the Modern Body.* Berkeley: University of California Press, 1987.

LAQUEUR, T. [1990] *Making Sex: body and gender from the greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

LARGILLIERE, A. *Une Femme Médecin Feministe au Début du XIXe Siècle: Madeleine Pelletier*, 1982. Tese de Doutorado, Tours: Faculté de Médecine, Université François Rabelais.

LE BRETON, D. *La Chair à Vif: usages médicaux et mondaines du corps humain*. Paris: Métailié, 1993.

LE GOFF, J. (Org.) [1978] *A História Nova*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LÉONARD, J. Femmes, religion et médecine: les religieuses qui soignent en France au XIXe siècle. *Annales*, 5(sept.-oct.):887-907, 1977.

LÉONARD, J. L'historien et le philosophe. A propos de: Surveiller et punir; naissance de la prision. In: PERROT. M. *et al*. *L'impossible prision: recherches sur le système penitenciaire au XIX siècle*. *Débat avec Michel Foucault*. Paris: Seuil, 1980.

LÉONARD, J. *La Médecine entre les Pouvoirs et les Savoirs: histoire intelectuelle et politique des médecins français au XIXe siècle*. Paris: Aubier, 1981.

LÉONARD, J. *Médecins, Malades et Societés dans la France du XIXe Siècle*. Paris: Sciences en Situation, 1992.

LÉVI-STRAUSS, C. 'Introdução à obra de Marcel Mauss'. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Edusp, 1974. v. 1.

LORBER, J. *Gender and the Social Construction of Illness*. London: Sage, 1997.

MACHADO, R. *et al*. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGALHÃES, F. *A Obstetrícia no Brasil*. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro, 1922.

MAGALHÃES, F. *O Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832-1932)*. Rio de Janeiro, Typ. A. P. Barthel, 1932.

MAIA, G. D. *Biografia de uma Faculdade*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

MARTIN, E. The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs*, 16(3): 485-501, 1991.

MARTIN, E. [1987] *The Woman in the Body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press, 1992.

MATLOCK, J. Doubling out of the crazy house: gender, autobiography, and the insane asylum system in nineteenth-century France. *Representations*, 34: 166-195, 1991.

MATUS, J. L. *Unstable Bodies: Victorian representations of sexuality and maternity*. Manchester: Manchester University Press, 1995.

MAUSS, M. [1923-1924] 'Ensaio sobre a dádiva. Forma e Razão da troca nas sociedades primitivas'. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, Edusp, 1974. v. 2.

MENEZES, L. M. de. *Os Estrangeiros e o Comércio do Prazer nas Ruas do Rio (1890-1930)*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

MOSCUCCI, O. [1990] *The Science of Woman: gynaecology and gender in England (1800-1929)*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

MOTT, M. L. Parteiras no século XIX: Mme Durocher e sua época. In: COSTA, A. & BRUSCHUNI, C. (Eds.) *Entre a Virtude e o Pecado*. Rio de Janeiro, São Paulo: Rosa dos Tempos, Fundação Carlos Chagas, 1992.

MOTT, M. L. Mme Durocher, modista e parteira. *Estudos Feministas*, 2(3): 101-116, 1994.

MUEL-DREYFUS, F. *Vichy et L'éternel Féminin. Contribuition à une sociologie politique de l'ordre des corps*. Paris: Seuil, 1996.

NASCIMENTO, A. *O Centenário da Academia Nacional de Medicina (1829-1929)*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1929.

NUNES, S. A. *Medicina Social e Regulação do Corpo Feminino*, 1982. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: IMS, Uerj.

NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. *Physis*, 1(1): 49-75, 1991.

O'BRIEN, P. A história da cultura de Michel Foucault. In: HUNT, L. (Org.) *A Nova História Cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

O'DOWD, M. & PHILIPP, E. *The History of Obstetrics and Gynaecology*. New York, London: The Parthenon Publishing Group, 1994.

PECKER, A. & ROULLAND, H. *L'Accouchement au Cours des Siècles*. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1958.

PECKER, A. *Hygiène et Maladies de la Femme au Cours des Siècles*. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1961.

PEIRANO, M. *A Favor da Etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

PEREIRA NETO, A. de F. & MAIO, M. C. Origem e trajetória inicial do sindicato médico brasileiro: algumas considerações. *Cadernos de História e Saúde*, 2: 108-111, 1992.

PERROT, M. *Os Excluídos da História: operários, mulheres e prisioneiros*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PERROT, M. Práticas da memória feminina. *Revista Brasileira de História*, 18: 9-18, 1989.

PERROT, M. Dramas e conflitos familiares. In: PERROT, M. (Ed.) *História da Vida Privada IV: da Revolução Francesa à Primeira Guerra.* São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

PERROT, M. Escrever uma história das mulheres: relato de uma experiência. *Cadernos Pagu*, 4: 9-28, 1995.

PETER, J.-P. Les médecins et les femmes. In: ARON, J.-P. (Ed.) *Misérable et Glorieuse: la femme du XIXe siècle.* Paris: Fayard, 1980.

POOVEY, M. Scenes of an indelicate character: the medical 'treatment' of Victorian women. *Representations*, 14: 137-168, 1986.

PORTER, R. *A Social History of Madness*. London: Weidenfeld and Nicolson, 1987.

QUINTANEIRO, T. *Retratos de Mulher: o cotidiano feminino no Brasil sob o olhar de viageiros do século XIX*. Petrópolis: Vozes, 1996.

RAGO, M. Imagens da prostituição na *Belle Époque* paulistana. *Cadernos Pagu*, 1: 31-44, 1993a.

RAGO, M. Prazer e sociabilidade no mundo da prostituição em São Paulo (1890-1930). *Luso-Brazilian Review*, 30(1): 35-46, 1993b.

REZENDE, J. de. Apontamentos para uma história da obstetrícia no Brasil. In: REZENDE, J. & BELFORD, P. (Eds.) *Enciclopédia Médica Brasileira. Obstetrícia.* Rio de Janeiro: Manole, Livro Médico, 1983.

RIBEIRO, L. F. *Mulheres de Papel: um estudo do imaginário em José de Alencar e Machado de Assis*. Niterói: Eduff, 1996.

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, UFRJ.

ROHDEN, F. 'Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX'. *Horizontes Antropológicos*, 17, ano 8: 101-125, 2002.

ROHDEN, F. *A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio na primeira metade do século XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003a. (Coleção História e Saúde no Brasil).

ROHDEN, F. 'A construção da diferença sexual na medicina'. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (S2): 201-212, 2003b.

ROHDEN, F. 'Antropologia, história e gênero'. *Interseções*, 5(1): 5-27, 2003c.

ROHDEN, F. 'A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos'. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F. & CARRARA, S. (Orgs.) *Sexualidade e Saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. v. 1.

ROHDEN, F. 'A constituição dos saberes sobre a sexualidade em diferentes perspectivas de análise'. *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais – BIB*, 60: 27-42, 2005.

RONSIN, F. *La Grève des Ventres: propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIXe-XXe siécles)*. Paris: Aubier-Montagne, 1980.

ROZENBAUM, H. & PEUMERY, J.-J. *Histoire Illustré de la Ménopause*. Paris: Les Éditions Roger Dacosta, 1990.

RUSSETT, C. E. [1989] *Sexual Science: the Victorian construction of womanhood*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

RUSSO, J. Dize-me com quem Andas...: a doutrina pansexualista de Freud e a psiquiatria brasileira no início do século. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, XXI, 1997, Caxambu. *Anais*... Caxambu, 1997.

SANDELOWSKY, M. J. 'Failures of volition: female agency and infertility in historical perspective'. *Signs*, 15(3): 475-499, 1990.

SANTOS FILHO, L. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, EdUSP, 1991.

SCHIEBINGER, L. Mammals, primatology and sexology. In: PORTER, R. & TEICH, M. (Eds.) *Sexual Knowledge, Sexual Science: a history of attitudes to sexuality.* Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

SCHIEBINGER, L. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in eighteenth-century anatomy. In: GALLAGHER, C. (Ed.) *Making of the Modern Body.* Berkeley: University of California Press, 1987.

SCHIEBINGER, L. [1999] *O Feminismo Mudou a Ciência?* Bauru: Edusc, 2001.

SCHWARCZ, L. M. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, L. K. M. & GOMES, N. L. (Orgs.) *Antropologia e História: debate em região de fronteira*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SCOTT, J. W. *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press, 1988.

SCULL, A. & FAVREU, D. The clitoridectomy craze. *Social Research*, 53(2): 243-260, 1986.

SHOWALTER, E. *Anarquia Sexual: sexo e cultura no fin de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

SILVA, M. B. N. da. *Sistema de Casamento no Brasil Colonial*. São Paulo: T. A. Queiroz, EdUSP, 1984.

SMITH-ROSENBERG, C. *Disorderly Conduct: visions of gender in Victorian America*. New York: Alfred A. Knopf, 1985.

SOUZA, T. T. da S. e. A Insuficiência Ovariana, 1904. Rio de Janeiro: Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

STEINBRÜGGE, L. *The Moral Sex: women's nature in the French Enlightenment*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SWAIN, G. L'âme, la femme, le sexe et le corps: les métamorphoses de l'hystérie à la fin du XIXe siècle. *Le Débat*, 24: 107-127, 1983.

TATLOCK, L. Speculum feminarun: gendered perspectives on obstetrics and gynecology in early modern Germany. *Signs*, 17(4): 725-760, 1992.

The Oxford English Dictionary. A New English Dictionary on Historical Principes. Oxford: Clarendon Press, 1933.

THÉBAUD, F. *Quand nos Grand-mères Donnaient la Vie: la maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Paris: Presses Université de Lyon, 1986.

THERIOT, N. M. Women's voices in nineteenth-century medical discourse: a step toward deconstructing science. *Signs*, 19(1): 1-31, 1993.

TILLY, L. A. Gênero, história das mulheres e história social. *Cadernos Pagu*, 3: 29-62, 1994.

TRILLAT, E. *Histoire de l'Hystérie*. Paris: Seghers, 1986.

TUBIANA, M. [1995] *Histoire de la Pensée Médicale: les chemins d'Esculape*. Paris: Flammarion, 1997.

VARIKAS, E. Gênero, experiência e subjetividade: a propósito do desacordo Tilly-Scott. *Cadernos Pagu*, 3: 63-84, 1994.

VEITH, I. *Histoire de l'Hystérie*. Paris: Seghers, 1972.

VERTINSKY, P. *The Eternally Wounded Woman: women, doctors and exercise in the late nineteenth-century*. Manchester: Manchester University Press, 1990.

VEYNE, P. 'Foucault revoluciona a história'. In: VEYNE, P. *Como se Escreve a História.* Brasília: Editora UnB, 1995.

VILA, A. C. Sex and sensibility: Pierre Roussel's système physique et moral de la femme. *Representations*, 52:76-93, 1995.

VILLEY, R. *Histoire du Secret Médical*. Paris: Seghers, 1986.

WALKOWITZ, J. R. Science and the seance: transgressions of gender and genre in late Victorian London. *Representations*, 22: 3-29, 1988.

YOUNG, K. *Presence in the Flesh: the body in medicine*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.

Fontes Primárias

Teses, Livros e Artigos

ABREU, Antonio Francisco dos Santos. (...) *Da Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. (...) *Das Causas da Menstruação: diagnóstico da prenhez composta*, 1855. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ACCETTA, Abelardo. *O Invento Abel Parente ou a Esterilização da Mulher por uma Operação Ginecológica sem a Castração* Rio de Janeiro: Cia. Graphica do Brazil, 1907.

ADEODATO, José. Estudo clínico da menstruação. Caracteres gerais da menstruação. Tipos menstruais. Estudo semiológico, *Brazil-Medico*, 1918: 73-76.

ALVARES, Pedro Ludovico Teixeira. *Contribuição ao Estudo das Perturbações Viscerais na Histeria*, 1915. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

AMARAL, Antonio Joaquim Gomes do. (...) *Menstruação*, 1861. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

AMARAL, Victor do. Um caso de hipertrofia do clitóris seguida de cliteriotomia, *Brazil-Medico,* 1892: 92.

ANDRADE, Belarmino Corrêa de Oliveira e. (...) *Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ANDRADE, João Chagas e. *A Puberdade na Mulher*, 1839. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ANDRADE, Luiz Carlos de Avellar. *Da Responsabilidade Legal das Histéricas*, 1888. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ARAUJO, Arthur de Castro. *Ovariotomia*, 1881. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ASSIS, Benigno Alfredo de. *Ovariotomia*, 1881. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

AULICURO, Saverio. (...) *Da Menstruação*, 1860. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

AUSTRAGÉSILO FILHO, Antonio de Moraes. *Alterações da Sensibilidade na Doença de Charcot*, 1930. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

AVELLAR, Luiz Gomes Ribeiro. (...) *Da Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

AZEVEDO JUNIOR, Luiz Corrêa de. (...) *Medicina Legal da Gravidez e do Parto*, 1852. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos X. de. *Certas Dificuldades que o Médico Parteiro Pouco Experiente Encontra no Exercício do Seu Ministério*, 1847. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BALL, Dr. A loucura menstrual. *Brazil-Medico,* 1890: 329.

BARBOSA, Everardo da Rocha. *Perturbações da Menstruação*, 1914. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BARBOSA, Pedro Luiz. *Desordens Catameniais*, 1891. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BARBOSA, Mariano. *Da Insuficiência Ovariana*, 1924. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BARRETTO, José Freire de Mattos. *O Enxerto Ovariano, Sua Técnica e seus Defeitos*, 1924. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BARROS, Candido Brandão de Souza. *As Simpatias do Útero com os Outros Órgãos da Economia Animal e Sobre a Metrite Aguda*, 1840. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BARROS, Eugenio Augusto de Miranda M. de. (...) *Da Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BELMONTE, Vicente. *Responsabilidade Profissional nos Exames Obstétricos e Ginecológicos*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1927.

BRANDI, Felicio. *Alterações Nutritivas no Histerismo*, 1894. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BRAZIL, A. Americano do. *A Doutrina Endocrinológica*, 1917. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BRITO, Antonio Gomes de. *Acerca do Fluxo Catamenial e de Seus Desarranjos*, 1840. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

BRITO, Rodolpho Ramos de. *Da Histeria à Loucura*, 1919. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CABRAL, Rodrigo da Veiga. *Puberdade da Mulher*, 1913. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CAMORIM, Manoel da Costa. (...) *Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CARDOSO, Alberto Pimentel. *Correlação entre os Princípios Ovarianos e o Psiquismo nas Psicopatias*, 1932. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CARDOSO JUNIOR, Pedro de Freitas. *Da Insuficiência Ovariana*, 1911. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CARVALHO, Guilherme Affonso de. *Ovariotomia*, 1873. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CASTRO, Francisco Alberto Veiga de. *Da Puberdade na Mulher*, 1912. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CASTRO, Francisco de. *O Invento Abel Parente no Ponto de Vista do Direito Criminal, da Moral Pública e da Medicina Clínica* Rio de Janeiro: Laemmert & C. Livreiros Editores, 1893.

CASTRO, Francisco de. *Polêmica Pessoal: documentos para o estudo das suas origens, seguimento e desfecho*. Rio de Janeiro: Cia Typ. do Brazil, 1894.

COELHO, Erico. *A Mulher e a Guerra*. Rio de Janeiro: Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro/Imprensa Nacional, 1915.

COELHO, José Teixeira de. *Dos Casamentos sob o Ponto de Vista Higiênico*, 1878. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CORDEIRO, Martin Leocadio. (...) *A Alteração Orgânica que se Dá no Histerismo e Conseqüentemente qual Será o Tratamento Conveniente*, 1857. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CORRÊA, Horacio de Mello. *Histeria*, 1878. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

COSTA, Antonio Fernando da. (...) *Da Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

COSTA, Hilario Locques da. *Estudo Clínico da Síndrome de Insuficiência Ovariana*, 1928. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

CRUZ, José Francisco da Cunha. *Do Hipnotismo e da Sugestão com Aplicação à Tocologia*, 1888. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

D'ALMEIDA JUNIOR, Feliciano José. *Higiene da Menopausa*, 1898. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FALCÃO, Alfredo Menna Barreto de Barros. *Ovariotomia*, 1881. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FAUSTO, João de Oliveira. *Acerca da Menstruação, Seguida de Regras Higiênicas Relativas às Mulheres Menstruadas*, 1846. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FERRARI, Felicio. *Enxerto Ovariano*, 1927. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FERREIRA, Benedicto Alipio. *O Ciclo Menstrual e Seu Novo Conceito*, 1929. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FERREIRA, José Servio. *A Reprodução*, 1846. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FERREIRA, Justo Jansen. *Do Parto e Suas Conseqüências na Espécie Negra*, 1887. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FIGUEIRA, Antonio Fernandes. *Condições Patogênicas e Modalidades Clínicas da Histeria*, 1886. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FIGUEIREDO, Francisco Leocadio. *A Clorose*, 1847. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FIRMINO JUNIOR, José Joaquim. *Sobre a Menstruação, Precedida de Breves Considerações sobre a Mulher*, 1840. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FONSECA JUNIOR, Ignacio Nery da. *A Clorose ou Palidez das Jovens*, 1842. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FONTES, Luiz Ribeiro de Souza. *Breves Reflexões sobre os Quistos do Ovário e seu Tratamento pela Ovariotomia*, 1880. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

FORTUNA, Alberta Aranha. *Sobre a Função Ovariana e sua Insuficiência*, 1927. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

GARCIA, Urbano. *Da Intervenção Cirúrgico-Ginecológica em Alienação Mental*, 1901. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

GOMES, Affonso Henriques da Costa. *Do Melhor Método de Tratar o Pedículo e Suturar o Ventre na Ovariotomia*, 1883. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

GOMES, Antonio Magalhães. (...) *Da Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

GONÇALVES, Rodrigo José. *A Histeria*, 1846. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

GOUVEIA, Mario de. *O Tocar Vaginal em Obstetrícia*, 1906. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

JAIME, Maonel Ignacio de Figueiredo. *As Paixões e Afetos da Alma em Geral, e em Particular sobre o Amor, Amizade, Gratidão e Amor da Pátria*, 1836. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

JESUS, José Constantino de. *Da Hiperestesia Histérica*, 1907. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

LEAL JUNIOR, João Paulino de Barros. *Higiene da Mulher na Puberdade*, 1910. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

LEME FILHO, José A. Paes. *História Menstrual das Tuberculoses*, 1911. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

LISBOA, Lucas da Silva. (...) *Causas da Menstruação*, 1856. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

LOBATO JUNIOR, Affonso Cordeiro de Negreiros. (...) *Mulher em Geral: menstruação e suas causas*, 1855. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MACIEL, Adelio Dias. *Perturbações Nervosas da Menopausa*, 1913. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MAGALHÃES, Fernando. *A Obstetrícia no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Leite Ribeiro, 1922.

MAGALHÃES, Fernando. *O Centenário da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832–1932)*. Rio de Janeiro: Typ. A. P. Barthel, 1932.

MAGALHÃES, Lúcia. *Fernando Magalhães: resumo biográfico coligido por sua filha.* 1944.

MAGALHÃES, Nuno de Andrade. *Vitalidade do Ovário Fora do Organismo (pesquisas pessoais)*, 1934. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MAIA, Claudio Velho Motta. *Ovariotomia*, 1866. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MAIA, Vicente José. *A Menstruação na Etiologia das Nevroses e Psicoses*, 1896. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MANSO, Antonio Romualdo Monteiro. *Do Diagnóstico e Tratamento das Diversas Manifestações do Histerismo*, 1874. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MARIOT, João Romão Pedro. (...) *Algumas Considerações sobre a Menstruação*, 1863. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MASSON, Amadeo Prudencio. (...) *Da Menstruação. Dos Vômitos Rebeldes Durante a Prenhez e do seu Tratamento em relação ao Aborto Provocado*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MAURICIO JUNIOR, Rodrigo José. *A Hysteris*, 1838. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MAURICIO SOBRINHO, Manoel. *Contribuição ao Estudo da Continência*, 1911. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MELLO, José Tavares de. *A Higiene da Mulher durante a Puberdade e Aparecimento Periódico do Fluxo Catamenial*, 1841. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MELLO, Publio de. Charlatanismo. Protesto do Dr. Publio de Mello na Sociedade de Higiene do Brasil. In: SOCIEDADE DE HIGIENE DO BRASIL. *Do Charlatanismo*. Rio de Janeiro: Typ. de J. Barreiros e Cia., 1893.

METZ, Lucien Quarente de. (...) *Considerações sobre a Patogenia e o Diagnóstico da Clorose*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MORAES, Arnaldo de. [1924] *Propedêutica Obstétrica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Gráfica Sauer, 1937.

MORAES, Evaristo de. Processo Abel Parente. Distrito Federal, Typ. de Ribeiro, Macedo e C., 1901. Edição do *Boletim Criminal Brazileiro*. Discurso de acusação tomado taquigraficamente por J. S. C. e A. M. 30p.

MOREIRA, Alberto Alves da Silva. *Sobre a Função Ovariana e a sua Insuficiência*, 1921. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MOTTA, Alberto Ribeiro de Oliveira. *O Queleno em Obstetrícia*, 1903. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

MOTTA, Alberto Ribeiro de Oliveira. *Esterilização da Mulher*, 1906. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, Alfredo. *O Centenário da Academia Nacional de Medicina (1829–1929)* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1929.

NUNES, Christovão Pereira. *Da Ovariotomia Antisséptica Abdominal*, 1883. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Francisco de Souza e. (...) *Causas da Menstruação*, 1856. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Manoel Francisco de. *Histeria*, 1876. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

PAULA, Luiz de. *O Delírio nas Histéricas*, 1899. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

PINHEIRO, Antonio Martins. *A Histeria*, 1848. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

QUINTELLA, Arnaldo. *Introdução ao Estudo da Obstetrícia*. Rio de Janeiro: F. Briguiet e Cia. Ed., 1917.

RABELLO, Aristides Corrêa. *Perturbações na Histeria*, 1914. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

REGO, Antonio Manoel Alves do. *Ovariotomia*, 1871. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

RIBEIRO, Gabriel Duarte. *Estudo Clínico da Insuficiência Ovariana*, 1922. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

ROSEMINI, Luiz. *Sobre a Síndrome Pluriglandular da Crise Climatérica na Mulher*, 1929. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SANTA ROSA, Josephino Satyro de. *Das Desordens Menstruais nas Psicoses e Nevroses,* 1900. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SANTOS, Antonio Augusto de Andrade. *Histo-fisiologia do Ciclo Menstrual*, 1938. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SANTOS, Rodrigues dos. *Clinique Obstetricale*. Paris: Octave Doin Éditions, 1886.

SANTOS, Rodrigues dos. *Cientificamente é Possível a Esterilização da Mulher?* Rio de Janeiro, 1893.

SANTOS FILHO, José Rodrigues dos. *Ovariotomia*, 1873. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SANTOS JUNIOR, Miguel Couto dos. *Histeria*, 1878. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SARMENTO, Luciano Xavier de Moraes. (...) *Da Menstruação*, 1859. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVA, Affonso Pereira da. *Ovariotomia*, 1873. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVA, Caetano Ignacio da. *Ovariotomia: do aleitamento natural, artificial e misto em geral* (...), 1878. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVA, Francisco Gonçalves de. *Ovariotomia*, 1881. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVA, Henrique Wenceslau da. *Da Menstruação*, 1891. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVA, Joaquim Antonio Monteiro da. *Amputação Útero-ovariana*, 1883. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVA, Miguel Archanjo da. *Ovariotomia*, 1873. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVA, Tarcisio Leopoldo e. *O Conceito da Histeria*, 1914. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVEIRA, Erminio Barreto Coutinho da. *Haverá Loucura Histérica?*, 1918. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVEIRA, João dos Santos. (...) *Causa da Menstruação*, 1855. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SILVEIRA, Tristão Eugenio da. *Histeria*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1878.

SOARES, José Celestino. *Do Diagnóstico e Tratamento das Diversas Manifestações do Histerismo e da Epilepsia*, 1874a. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SOARES, José Celestino. *Sintomatologia e Diagnóstico da Histeria*, 1874b. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

SOCIEDADE DE HIGIENE DO BRASIL. *Do Charlatanismo*. Rio de Janeiro: Typ. de J. Barreiros e Cia., 1893.

SOUZA, Theodorico T. da Silva e. *A Insuficiência Ovariana*, 1904. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

STUDART, Mario Barroso. *Sugestibilidade e Histeria*, 1917. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, Carlos de Castro. *Contribuição ao Estudo do Enxerto Ovariano*, 1925. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

TORRES, Antonio Gonsalves de Lima. *O Físico e o Moral da Mulher nas Diferentes Fases da sua Vida*, 1848. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

VALLE, Luiz Vianna d'Almeida. *Mulher e Matrimônio Medicamente Considerados*, 1847. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

VASCONCELLOS, Luiz Antonio da Fonseca. *Da Ovariotomia*, 1872. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

VASCONCELLOS, Modesto Lins de. *Ovariotomia*, 1895. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

VAZ, Jorge de Paula. *Perturbações Cardíacas Funcionais da Menopausa*, 1910. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Periódicos

Annaes Brasileiros de Gynecologia (1936–1940).

Annaes da Academia Nacional de Medicina (1889–1916).

Annales de Gynécologie (1883–1887).

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique (1888–1919).

Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie (1912).

Boletim da Academia Nacional de Medicina (1889–1897).

Brazil-Medico (1887–1941).

Revista de Ginecologia e d'Obstetrícia (1922–1931).